

Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon

Lucie Piette

▶ **To cite this version:**

Lucie Piette. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03211248

HAL Id: dumas-03211248

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211248

Submitted on 28 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lucie PIETTE

Le 29 mars 2018

DÉTERMINANTS D'ORIENTATION VERS LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION ASALEE ET APPRÉCIATION D' USAGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU DISPOSITIF EN LANGUEDOC ROUSSILLON.

Directrice de Thèse : Docteur Françoise ROBACH

JURY :

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Professeur Paul LANDAIS

Docteur Marc GARCIA

Docteur Françoise ROBACH

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lucie PIETTE

Le 29 mars 2018

DÉTERMINANTS D'ORIENTATION VERS LE PROTOCOLE DE COOPÉRATION ASALEE ET APPRÉCIATION D' USAGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU DISPOSITIF EN LANGUEDOC ROUSSILLON.

Directrice de Thèse : Docteur Françoise ROBACH

JURY :

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Professeur Paul LANDAIS

Docteur Marc GARCIA

Docteur Françoise ROBACH

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2ème classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir des hommes

Citation tirée du livre Terre des hommes
Antoine De Saint-Exupéry

Remerciements

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos encouragements et l'attention portée à ce travail.

Monsieur le Professeur Paul LANDAIS, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour vos conseils avisés, qui m'ont été précieux dans l'élaboration de ce travail.

Monsieur le Docteur Marc GARCIA, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. J'ai été très attentive à vos enseignements, et reconnaissante de votre engagement dans la formation des jeunes généralistes.

Françoise, Merci tout d'abord, de m'avoir donné ta confiance, en tant qu'interne puis en tant que remplaçante. L'aventure Saint-Jean-du-Gard m'aura donné les clefs nécessaires au bon commencement de ma vie de médecin, et cela en grande partie grâce à toi. Ton engagement dans la maison de santé et auprès de tes patients est une réelle source d'inspiration. Ensuite merci de m'avoir épaulée dans cette autre aventure qu'est la thèse, merci pour ta patience, tes bons conseils et ton investissement.

Merci aux médecins ayant participé à cette étude ainsi qu'à l'équipe de l'association ASALEE, sans vous ce travail n'existerait pas, merci pour votre disponibilité.

Papa, Maman, Vous m'avez donné la volonté, l'ambition et le courage de ne jamais rien abandonner et m'avez soutenue continuellement durant ces longues années d'études, dans les moments heureux comme dans les moments difficiles. Merci Papa de m'avoir transmis ta détermination, et Maman de m'avoir appris l'organisation dans le travail, et dans la vie ! Pour cela je vous remercie infiniment, je n'y serai jamais arrivée sans vous et j'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

Vincent, mon Pampan, même si tout cela ne t'a jamais vraiment passionné je sais que tu as été de tout cœur avec moi ! Je te souhaite de réussir ta vie, ici où ailleurs, mais jamais trop loin de nous ! E grazie a Carlo ovviamente !!!

Mes grands-parents : Merci Papi et Mamie Choun, de m'avoir autant chouchoutée durant mes passages sur la presqu'île, Merci Mamie-Lili à qui je dois certainement un caractère bien trempé, et Merci Papi-mimi de m'avoir donné l'envie de devenir médecin...

William : Merci de m'avoir épaulée, conseillée, supportée tout au long de ce travail! Merci d'être aussi gentil et de me rendre heureuse. J'ai énormément de chance d'être avec toi...

Makao : Évidemment! Merci de me faire autant rire et de me donner autant d'amour ! Espérons passer encore de nombreuses années ensemble !

Sabrina, Geoffray et Jordane : Merci à vous de me faire confiance, j'espère qu'un jour nous formerons une équipe de choc !!!

Maryvonne : Merci pour ton aide dans mes recherches sur ASALEE, et bravo pour ton travail au sein de la MSP !

Cecile, Marlène, Véro, Fabienne : Merci !!! Que serait un médecin sans secrétaire de choc ?!

Les copains : Merci !
Aux Carcassonnais d'abord, Lorène, Bastien, Mathieu, Julien, ce premier semestre restera dans les mémoires !
À mes deux Marion, la Réunionnaise d'abord, pour ta joie de vivre, notre merveilleux voyage aux Seychelles et pour cette amitié qui traverse les années et les continents... et à Marion la Lyonnaise, pour ta bonne humeur permanente, nos discussions canines et shopping et tes bons conseils concernant ma thèse.
À Lauriane, pour nos soirées folles aux coulisses, où celles passées devant l'amour est dans le pré ! Vivement ton retour !
À Jeremy, pour nos commérages cévenols!
À Mélanie, pour nos supers balades, baignades, rando, à refaire le monde avec nos amours de chiens ! Merci pour tes conseils concernant l'impression de mon travail !

Sommaire

Remerciements.....10

Liste des abréviations.....14

Introduction 15

Naissance du Projet.....15

Extension d'ASALEE.....16

ASALEE en pratique.....16

Etudes déjà menées sur ASALEE.....17

Méthode.....18

Choix de la méthode qualitative.....18

Population et recrutement.....18

Méthodologie des entretiens.....18

Analyse des données de l'entretien.....20

Résultats.....21

Données épidémiologiques générales sur les entretiens.....21

Caractéristiques épidémiologiques des médecins interrogés.....21

Analyse thématique des entretiens.....23

Motivations des médecins interrogés : problématiques.....23

Manque de temps.....23

Difficultés dans le suivi des examens de dépistage des complications....25

Difficulté d'être seul face au patient.....26

Le bon moment, le bon endroit.....28

Appréciations d'usage d'ASALEE.....29

Bénéfices d'ASALEE.....29

Amélioration de la qualité des soins.....29

Travail pluri-professionnel apprécié.....32

Bons retours de la part des patients.....34

Rémunération du temps de coordination ….....35

Les améliorations proposées....36
Logiciel ASALEE ….....36
Formation des infirmier(e)s, des médecins ….....37
Problèmes d'orientation / adhésion des patients à ASALEE.....37
Idées de nouveaux protocoles....39
Discussion....42
Forces de l'étude....42
Faiblesse de l'étude....44
Analyse des résultats....45
Problématiques du médecin....45
Temps médical restreint....45
Difficultés de suivi....48
Solitude face au patient....51
Bénéfices d'ASALEE....51
Amélioration de la qualité des soins....51
Travail en binôme....53
Patients satisfaits....54
Rémunération du médecin....54
Suggestions d'amélioration....55
Logiciel ASALEE....55
Formation des infirmier(e)s, des médecins....56
Orientation des patients....57
Idées de nouveaux protocoles....58

Conclusion....62
Bibliographie....64
Annexes....68
Résumé....88
Serment d'Hippocrate....89

Liste des abréviations

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

HSPT : Hôpital, Santé, Patient, Territoire

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes

HAS : Haute Autorité de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

HTA : Hypertension Artérielle

ECG : Électro-cardiogramme

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

MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle

MMS : Mini Mental State

EFR : Explorations Fonctionnelles respiratoires

HBA1c : Hémoglobine Glyquée

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

LDL : Low Density Lipoprotein (lipoprotéine de basse densité)

IPS : Indice de Pression Systolique

ALD : Affection Longue Durée

ASG : Auto-Surveillance Glycémique

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

PA : Pression Artérielle

AMT : Auto-Mesure Tensionnelle

IMC : Indice de Masse Corporelle

EAL : Exploration d'une Anomalie Lipidique

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

MG : Médecin Généraliste

IFOP: Institut Français D'opinion Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour La Santé

CNIL: Commission Nationale de L'informatique Et Des Libertés

SAHOS : Syndrome d'Apnée-Hypopnée Obstructive du Sommeil

OSFP: Observatoire du Sommeil de la Fédération de Pneumologie

RéPPOP : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Introduction

En 2009, la Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et territoire) intègre l'article 51 qui étend le principe de coopération en le sortant du cadre expérimental. Il permet aux professionnels de santé, selon la loi, « d'opérer entre eux des transferts d'activités, ou d'actes de soin, ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. » [(1)]

Naissance du projet

Cela s'intègre dans le cadre des « expérimentations BERLAND ». À la demande du ministre de la santé, en 2002 et 2003 le Professeur BERLAND établit deux rapports, un premier sur les questions de démographie des professions de santé en France [(2)], et un deuxième sur la coopération entre professionnels de santé [(3)]. Il fait alors état d'une diminution sensible du nombre de médecins généralistes en activité dans les prochaines années, et propose de redéfinir les missions des médecins, d'aller vers des systèmes de coopération.

ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) est née en 2004, à l'initiative de Jean GAUTIER, médecin généraliste dans les Deux-Sèvres, en collaboration avec l'association Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes (URML), et l'équipe de recherche de Yann BOURGUEIL, médecin spécialiste en Santé publique [(4)]. C'est un protocole de coopération entre des médecins généralistes et des infirmier(e)s délégué(e)s à la santé publique, axé sur la prévention et l'éducation thérapeutique.

Au départ ASALEE est une initiative locale et expérimentale, et concerne quinze médecins et trois infirmières dans les Deux-Sèvres. À l'époque leur domaine de coopération ne concerne que le diabète. L'objectif est de répondre à plusieurs problématiques [(5)]:

- améliorer la qualité des soins de premier recours, en particulier les maladies chroniques;
- répondre aux tensions toujours plus aiguës sur la démographie médicale;
- se maintenir dans un cadre d'efficience des nouvelles organisations ou de nouveaux protocoles.

Extension d'ASALEE

En 2009, le protocole s'étend à quatre régions supplémentaires et le financement devient national, grâce à l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé [6].

En 2011 la grille du protocole de coopération d'ASALEE est réalisée par l'association ASALEE dont le président est le Docteur Jean GAUTIER[5]. La Haute autorité de Santé (HAS) émet un avis favorable le 22 mars 2012 à l'utilisation du protocole de coopération [7] au titre de la loi HPST[1]. Il compte désormais de nouveaux protocoles de coopération : [5]

- suivi du patient diabétique de type 2
- suivi du patient à risque cardiovasculaire
- suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire

(Les critères d'inclusion du patient et le détail des protocoles sont listés en annexe 1 et 2.)

En janvier 2018, l'exercice en équipe ASALEE est présent dans près de 750 cabinets médicaux, soit environ 2000 médecins généralistes et 550 infirmières ou infirmiers. Le ministère de la santé a annoncé en octobre 2017, par la voix du premier ministre, la pérennisation d'ASALEE à l'issue de la convention actuelle qui court jusqu'à la fin de cette année 2018. [8]

ASALEE en pratique [5]

ASALEE est donc un protocole de coopération entre un médecin généraliste libéral et un(e) infirmier(e) dédiée à la santé publique. En pratique l'inclusion des patients est faite par le médecin, puis l'infirmier(e) assure une consultation initiale (longue) sur le thème principal de santé (diabète, HTA ou enquête alimentaire...). Il propose une synthèse dans le dossier informatique commun du cabinet et reporte ces éléments dans le logiciel ASALEE. Par la suite il/elle organise les consultations suivantes orientées sur l'éducation thérapeutique du patient, le suivi des maladies chroniques concernées avec l'organisation d'examens complémentaires (ECG, spirométrie, bilan sanguin, mesure de la tension en auto mesure...), cela en s'appuyant sur les données des recommandations officielles. Puis, infirmier(e) et médecin se réunissent pour

effectuer des « débriefing » et analysent ensemble les données issues des consultations de chacun.

Le médecin généraliste met à disposition de l'infirmier(e) un bureau, un ordinateur, une connexion internet, l'accès au logiciel du cabinet et à son secrétariat médical. Un budget annuel est ensuite alloué par l'association ASALEE pour l'achat de fournitures supplémentaires utiles à l'infirmier(e) excepté le spiromètre qui est systématiquement fourni par ASALEE. (Annexe 6 : Fiche d'aide au montage du projet d'installation d'une équipe ASALEE en Occitanie).

La consultation est gratuite pour le patient, l'infirmier(e) est rémunéré(e) par l'association ASALEE, qui est financée par l'assurance maladie.

Etudes déjà menées sur ASALEE

Plusieurs études ont montré une efficacité sur le plan médico-économique. L'étude menée par Y. BOURGUEIL pour l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) en 2008 montre l'impact très bénéfique d'ASALEE sur le suivi des patients diabétiques [(9)], ainsi que le bilan d'activité de l'HAS de 2014 sur les protocoles de coopération [(10)]. En 2010 l'évaluation du conseil national des arts et métiers montre même qu'ASALEE fait économiser 10% à l'assurance maladie sur les pathologies chroniques [(11)].

Ayant été sensibilisée à l'action menée par ASALEE lors de mes stages chez le praticien et mes nombreux remplacements à Saint Jean du Gard en 2015 et 2016, j'ai souhaité réaliser un travail de recherche auprès des médecins généralistes participant au dispositif. Quels sont les déterminants d'orientation et l'appréciation d' usage des médecins généralistes participants au protocole de coopération ASALEE en Languedoc Roussillon ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I) Choix de la méthode qualitative

Les travaux portent sur l'étude des perceptions et l'expérience de médecins. L'objectif ici étant d'analyser les déterminants d'orientation vers le protocole ASALEE et l'appréciation d'usage du dispositif par des médecins généralistes, il ne s'agit pas de réaliser des statistiques ou de chiffrer les résultats. La recherche qualitative est particulièrement appropriée ici, car les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer [12].

II) Population et recrutement

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste participant à ASALEE depuis plus d'un an, en Languedoc Roussillon. Le recrutement des médecins s'est effectué par mail (via une lettre d'information, en Annexe 3), puis par téléphone en cas d'absence de réponse. La liste des médecins ASALEE de la région a été obtenue auprès de l'équipe d'ingénieurs de l'association ASALEE et est restée confidentielle à leur demande. Leurs adresses mail m'ont été fournies par leur secrétariat médical, que j'ai pu joindre par téléphone après recherche de leur numéro sur internet. Tous les médecins de la liste fournie par l'association ASALEE ont été contactés.
S'agissant d'une étude qualitative, l'objectif n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif mais nous avons veillé à la diversité des profils des médecins interrogés.
Par commodité de langage, l'investigatrice a désigné les médecins généralistes participant à ASALEE par « médecins ASALEE », de même que les patients inclus dans le protocole sont désignés par « patients ASALEE ».

III) Méthodologie des entretiens

1. Choix de l'entretien semi-dirigé

Le recueil de données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés. Nous avons choisi cette option plutôt que celle du focus group pour une question d'organisation pratique car obtenir une date de réunion convenant à tous les médecins généralistes concernés était difficile.

2. Réalisation du guide d'entretien (Annexe 4)

Le questionnaire a été réalisé afin de dégager deux thèmes principaux : déterminants d'orientation vers ASALEE et appréciation d'usage du dispositif. Il a été construit après analyse des objectifs d'ASALEE dans la littérature et en mettant en avant les différents questionnements possibles.

- La première partie est épidémiologique.
- La deuxième vise à faire émerger les déterminants d'orientation vers ASALEE. Elle interroge également sur la mise en place d'ASALEE au sein de leur cabinet.
- La troisième partie évoque le déroulement, l'organisation d'ASALEE au sein du cabine
- La quatrième partie a pour thématique l'appréciation d'usage d'ASALEE.
- La cinquième partie évoque les évolutions possibles d'ASALEE.

Il se veut le plus large possible sur les thèmes abordés. Il comporte un maximum de questions ouvertes et quelques questions fermées qui semblaient pertinentes dans le contexte, avec des relances possibles selon les réponses de l'interviewé.
Un entretien test ne figurant pas dans l'étude a été réalisé afin de parfaire ce guide et de se familiariser avec ce dernier.

3. Déroulement des entretiens

Certains entretiens se sont déroulés dans les cabinets des médecins généralistes interviewés, d'autres par téléphone. Dans tous les cas l'interviewé et l'investigatrice étaient dans un endroit calme et neutre, sans présence de tiers.
L'entretien était précédé d'une explication brève sur le sujet de recherche et sur le déroulement de l'entretien, en insistant sur le caractère anonyme de la conversation, la neutralité et l'absence de jugement des réponses du médecin. « Le recueil des données lors des interview en face à face demande des conditions particulières d'empathie (phénoménologique), de respect de l'autre, d'ouverture à l'autre et à son monde. La confiance réciproque (« alliance thérapeutique » dans la relation de soin) est essentielle pour obtenir la verbalisation ».[13]
Afin de respecter leur anonymat, un numéro d'entretien était attribué à chaque médecin avant l'enregistrement, selon l'ordre des entretiens.
Le nombre d'entretien n'a pas été prédéfini. Ils ont été conduits jusqu'à saturation des données.
Les entretiens ont tous été enregistrés grâce à une application dictaphone sur le téléphone portable de l'investigatrice.

IV) Analyse des données de l'entretien

1. Retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit dans la semaine suivant sa réalisation en reprenant la totalité des informations verbales (mot à mot) et non verbales (rires, hésitations...) sur un logiciel de traitement de texte, en respectant les incorrections et sans aucune « traduction » de la part de l'investigatrice [13]. Cependant, pour la lisibilité du texte, nous avons ajouté une ponctuation. Ce travail a ainsi permis de constituer le *verbatim*.

2. Analyse qualitative de l'entretien

L'analyse réalisée est une analyse thématique par thématisation continue. D'après le livre de Pierre PAILLÉ et Alex MUCCHIELLI, cette analyse consiste à «transposer d'un corpus donné un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche» [14].

Le verbatim a été ainsi analysé par relectures, au fur et à mesure de la retranscription des entretiens, afin de faire émerger des « unités de sens » par repérage de fréquence. Ceci a conduit à la formulation de « thèmes » puis de « sous-thèmes » ayant mené à la réalisation « d'arbres thématiques ». [13]

Nous avons effectué une triangulation des données analysées. Le support papier a été choisi par l'investigatrice, le logiciel NVivo par la directrice de thèse, puis l'élaboration des thèmes et sous-thèmes a été faite en collaboration pour une meilleure objectivité et une meilleure pertinence des résultats.

RESULTATS

I) Données générales sur les entretiens

Notre étude comprend onze entretiens réalisés entre le 12 octobre 2017 et le 29 janvier 2018. Les entretiens durent en moyenne 22 minutes et 30 secondes. Le plus long ayant duré 47 minutes et le plus rapide 14 minutes. Cinq entretiens se sont déroulés aux cabinets médicaux des médecins interrogés, les six autres par téléphone.

II) Caractéristiques épidémiologiques des médecins interrogés

Tous les médecins généralistes ASALEE de la région ont été invités à répondre à l'étude. Onze médecins sur les vingt-sept interrogés ont accepté l'entretien. Sur les vingt-sept médecins recrutés, dix-sept ont répondu, mais six d'entre eux n'avaient pas encore un an d'expérience ASALEE. Les dix autres n'ont pas pu être joignables, malgré un mail de relance et appel de leur secrétariat.

	Âge	Sexe	Milieu d'exercice	Type d'activité	Temps par consultation	Nombre de consultation par jour	Expérience ASALEE
Médecin 1	56	F	Rural	MSP	15 min	25	2 ans 1/2
Médecin 2	61	M	Rural	MSP	15 min	24	2 ans 1/2
Médecin 3	58	M	Rural	MSP	20 min	25	3-4 ans
Médecin 4	40	F	Urbain	Groupe	15 min	20	1 an 1/2
Médecin 5	33	F	Rural	MSP	20 min	25	2 ans 1/2
Médecin 6	34	F	Semi-rural	MSP	15 min	25	1 an 1/2
Médecin 7	39	F	Semi-rural	MSP	15 min	25	1 an 1/2
Médecin 8	53	F	Urbain	Groupe	15 min	20-25	2 ans
Médecin 9	30	F	Rural	MSP	20 min	20-25	1 an
Médecin 10	35	F	Semi-rural	Groupe	13 min	35	1 an 1/2
Médecin 11	67	M	Semi-rural	MSP	25 min	25	2 ans 1/2

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques des médecins interrogés, durée moyenne de leurs consultations, nombre de consultations par jour en moyenne et durée de l'expérience ASALEE.

Le médecin le plus âgé a 67 ans, le plus jeune 30 ans. La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 46 ans. Nous avons interrogé 3 hommes et 8 femmes au total.

La durée moyenne de leur consultation est de 17 minutes (au maximum 25 minutes, au minimum 13 minutes). Ils font en moyenne 25 consultations par jour (au maximum 35, au minimum 20 patients par jour en moyenne).

Le temps d'expérience ASALEE est en moyenne de deux ans, au minimum 1 an et au maximum 3 ans et demi.

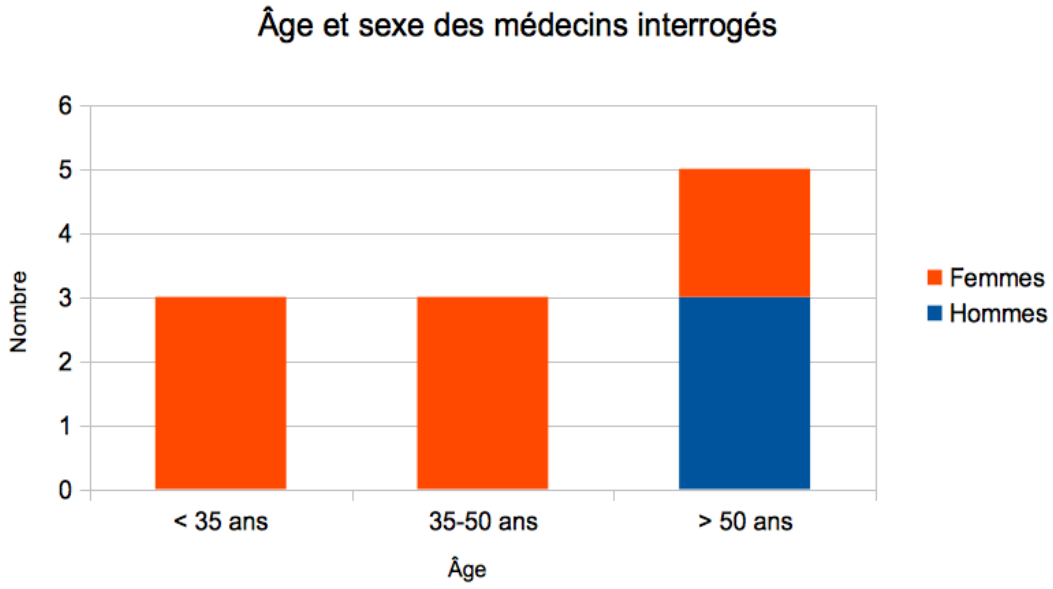


Figure 1 : Répartition des médecins interrogés par tranches d'âge, et répartition homme /femme.

Cinq médecins exerçaient en zone rurale, quatre en semi-rural et deux en zone urbaine. Trois exerçaient en cabinet de groupe, sept en maison de santé pluri-professionnelles. Aucun ne travaillait seul.

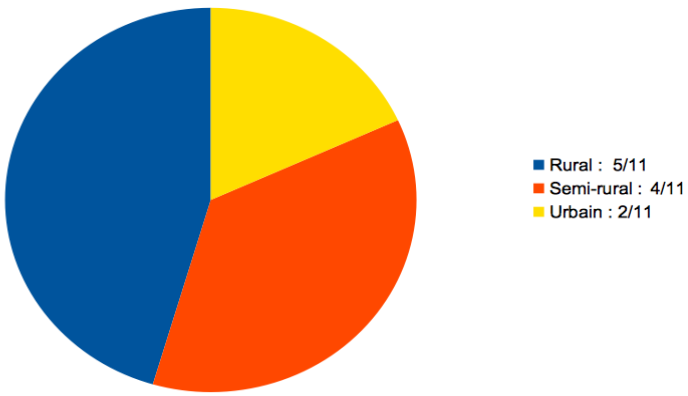


Figure 2 : Répartition géographique des médecins interrogés par secteur

III) Analyse thématique

Nous avons cherché à travers le guide d'entretien, à faire émerger d'abord les déterminants d'orientation des médecins généralistes ayant souhaité participer à ASALEE. Il en ressort essentiellement des problématiques auxquelles sont confrontés les médecins pendant leurs consultations et qui amènent à la volonté de travailler en équipe.

1) Déterminants d'orientation vers ASALEE : problématiques du médecin

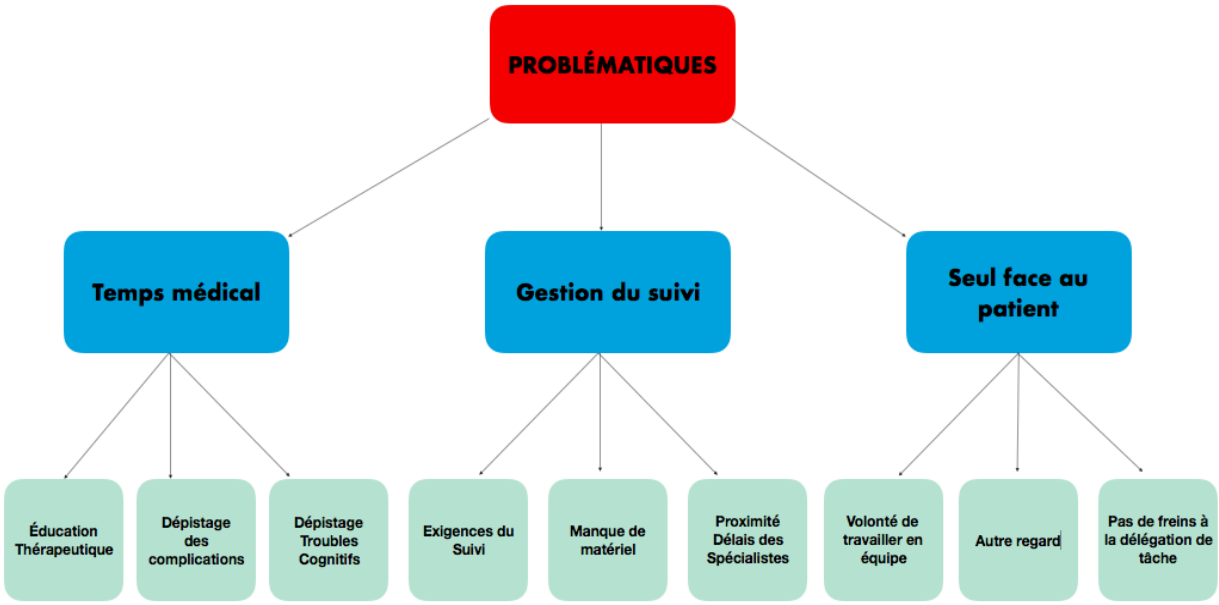


Figure 3 : Problématiques du médecin généralistes avant ASALEE

A) Le manque de temps

La grande majorité des médecins interrogés évoquent un manque de temps durant leurs consultations, pour les patients diabétiques et porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaires. Ce manque de temps rend difficile la réalisation d'**éducation thérapeutique** et la **gestion du suivi et du dépistage des complications**.

E3 : *Pour le suivi on n'avait pas le temps à part les renouvellements tous les trois mois... C'était difficile d'aller sur des questions d'éducation thérapeutique, de vérifier le bilan de synthèse, en étant tout le temps sous tension. (...)*

Quand tu as plein de choses à faire, que tu peux pas les faire... soit tu te donnes toujours mauvaise conscience, soit tu essaies d'en faire petit bout par petit bout en consultation mais c'est pas forcément bien fait... En plus j'avais cette contrainte de temps médical restreint, et en même temps le projet de MSP à porter donc pour moi ASALEE tombait comme une évidence.

E5 : *Alors mes difficultés c'était le temps consacré pour leur expliquer exactement ce qu'est la maladie du diabète, le temps qu'on devrait consacrer pour expliquer l'alimentation et l'activité physique qu'ils doivent faire, et c'était un peu difficile d'avoir le suivi du dépistage des complications car ça prend du temps et souvent je passais à côté de certaines choses.*

E9 : *Les difficultés et bien c'est... et bien c'est le temps !!! toujours le même problème... du coup quand tu as un patient diabétique et âgé, souvent ils ont 36 épaisseurs ! (rires) Le temps de voir ses pieds (déjà qu'il a du mal à comprendre pourquoi il faut enlever ses chaussures!) et qu'il soit en slip et bien les quinze vingt minutes de consultation sont déjà passées !!*
Souvent, même quand il s'agit seulement du renouvellement, on s'aperçoit qu'il n'a pas compris plein de choses, qu'il n'est pas allé voir le cardio, l'ophtalmo, les dents... c'est pas sa priorité !
Globalement pour un patient diabétique il faudrait une demi-heure ! Et encore ce n'est pas toujours suffisant.

E10 *: Et puis bon, quand ils viennent, c'est censé être pour le renouvellement, mais en fait ils ont tout plein d'autres problèmes à côté !!! Donc le temps de régler tout ça, le suivi passe en dernier et c'est un peu négligé forcément...*

La question du temps médical est aussi soulevée lorsque l'on aborde la question du **dépistage des troubles cognitifs**. Le tests sont décrits comme chronophages et donc souvent faits dans de mauvaises conditions.

E3 : *C'est tellement chronophage de faire les MMS...*

E5 *: Alors c'était d'avoir le temps de faire les bilans et tests cognitifs dans de bonnes conditions et durant les horaires limités de consultation.*

E7 *: Bah ça c'est le temps des tests* (cognitifs) *!! ça prend un temps fou...*

E8 *: Je trouve qu'il est difficile en tant que médecin généraliste de faire nous-même des analyses, des annonces aux patients, car ils le vivent très mal. ASALEE ça me permet d'avoir quelqu'un qui a plus de temps pour faire les tests, les examens.*

Ce manque de temps est parfois expliqué par des questions de **démographie médicale.**

E1: *Et aussi passer du temps sur les questions de diététique et d'activité physique. Quand on est le seul médecin du secteur c'est difficile...*

E3: *D'abord on était sous pression démographique, car on s'est retrouvé à trois médecins au lieu de sept... Donc pour arriver à suivre les diabètes correctement avec toute cette charge de travail on n' arrivait pas à le faire correctement.*

B) Difficultés dans le suivi des examens de dépistage des complications

Beaucoup des médecins interrogés parlent de leurs difficultés dans la réalisation annuelle des examens de dépistage recommandés, notamment dans la gestion de leur prescription du fait d'une **exigence du suivi**.

E1 : *… donc il y a une approche un peu systématique et qui nécessite un certain suivi, une certaine rigueur et …voilà c'était principalement ça* (ses difficultés) *pour arriver à être dans les clous du plan de soins.*

E2 *: Hum...c'était la réalisation des examens de dépistage des principales complications, que ça soit l'ECG, la recherche de troubles de sensibilité des extrémités... Pour cela ASALEE le fait très très bien et permet de programmer un suivi qu'on ne pouvait pas faire forcément avant.*

E7 : *Et puis aussi nous on partage pas mal les patients et c'est vrai aussi que le suivi était difficile à cause de ça !*

Dans ce même cadre, certains évoquent un **manque de matériel** sur place pour réaliser ce suivi, notamment dans le cadre de la BPCO.

E2 : *Alors déjà, c'est que le patient BPCO tabagique est un patient excessivement difficile à gérer et très souvent dans le déni. Donc la première difficulté c'est d'avoir un suivi régulier et puis la deuxième chose c'est d'avoir des outils reproductibles du genre EFR, et les faire faire en ville c'est compliqué car les gens ne veulent pas se déplacer pour aller voir le spécialiste.*

E4 : *... et aussi on n'avait pas le temps et le matériel pour faire un bilan annuel, une spirométrie, ils étaient obligés d'aller voir le pneumologue une fois par an.*

E5 *: Alors c'était de motiver le patient à aller voir le pneumologue pour faire la spirométrie !! ce sont des patients qui minimisent leurs symptômes !!*

Ils parlent souvent d'un **souci de proximité, de délai pour les consultations spécialisées** telles que les consultations gériatriques ou pneumologiques.

E3 *: Et envoyer en consultation géronto pour avoir un rendez-vous dans 6 mois c'est pas simple non plus, l'adhésion des personnes n'était pas facile non plus, soit à cause du déni, soit du délai de rendez-vous.*

E5 *: On fait rarement le MMS, les tests neuropsychologiques, par manque de temps toujours, donc on envoyait beaucoup au spécialiste et c'était une grande perte de temps du fait des délais.*

E8 *: Pour le moment il y a très peu de pneumologues chez nous, ASALEE ça permet de faire plus de dépistages.*

E9 *: Et bien c'est que pour dire qu'ils ont une BPCO, il faut qu'ils aillent voir le pneumologue ! Et moi je suis à F., le pneumologue il est à 45 minutes, les délais c'est 3 mois et encore. Ça m'a enlevé une épine du pied que M. (*IDE ASALEE*) fasse les spirométries.*

E10 : *Après l'autre problème avec les BPCO c'est que pour les envoyer chez le pneumo il y a 4-6 mois d'attente ! Souvent ils se démotivent et baissent les bras.*

C) Difficulté d'être seul face au patient

Plusieurs médecins interrogés parlent de leur **besoin de travailler en équipe.**

E1*: j'ai eu une expérience de travail en milieu associatif humanitaire (c'est ce que je faisais avant de venir ici) pour lequel la délégation de tâche était évidente et le travail en équipe aussi.*

E4 *: Je viens d'Angleterre où on fonctionne beaucoup en équipe ! Et quand je suis arrivée en France je me suis retrouvée toute seule face au patient et le travail en équipe me manquait beaucoup !*

E10 *: Parce que je trouvais intéressant de travailler avec une tierce personne, notamment infirmière car je trouve qu'elle a une approche différente.*

Certains évoquent le **besoin d'un autre regard** sur leur patient, venant d'un autre professionnel que le médecin, d'une prise en charge pluri-professionnelle.

E4 : *Aussi je pense qu'on n' est pas très bien placé pour le faire* (en parlant d'éducation thérapeutique)*, en tant que médecins. On n'a pas le même contact, même si on s'entend bien avec nos patients, de voir le médecin ça les bloque un petit peu, alors que l'infirmière aborde les choses plus facilement je trouve.*

E7 : *Ce qui est important aussi dans l'éducation thérapeutique c'est le non-jugement, et quand on est en position de médecin c'est pas toujours simple. Pour ces patients c'est important d'être bienveillant et pas « y faut faire ça, y faut faire ci... » alors que nous quand on est face à une HBA1c pourrie, un cholestérol au plafond, on a tendance à être un peu directif « faut faire du sport, faut manger moins etc... » (rires). Avec l'infirmière il y a un rapport différent !(...) C'est bien d'avoir une tierce personne qui puisse parler sevrage tabagique d'une autre façon, sans être trop directif.*

En effet aucun des médecins interrogés ne présentait de **frein à la délégation de tâche.**

E3 : Au début il doit toujours y avoir un rapport de confiance qui doit s'installer avec l'infirmière ! Mais personnellement je n'étais pas très inquiète.

E6 : Je trouve que c'est une chance quand on manque de temps comme nous, et je trouve ça génial la délégation de tâche, à partir du moment où les gens sont bien formés.

E9 *: Ah non pas du tout ! Au contraire ! J'en donnerais deux fois plus à M. si je pouvais !!! (rires)*

D) Le bon moment, le bon endroit

À la question « avez-vous réalisé des aménagements logistiques pour l'arrivée de l'infirmier(e) ASALEE ? » ou encore, « comment avez-vous connu ASALEE ? », des médecins expliquent que la mise en place d'ASALEE dans leur cabinet s'est faite **de façon concomitante avec l'ouverture d'une maison de santé pluri-professionnelle**.

E3 : *Par mon copain P.M. qui m'en a parlé lors d'une réunion sur un autre thème comme on avait un projet de MSP. Je me suis renseignée sur le contenu et j'ai trouvé ça très intéressant.*

E5 : C'est à dire que l'infirmière ASALEE a débuté lors de l'ouverture de la MSP et il y avait un local disponible qui pouvait servir.

E6 *: Non parce que ça tombait au moment où on faisait construire la maison de santé et on avait déjà prévu un bureau supplémentaire qu'elle utilise quand elle est là, on avait aussi un ordinateur portable en plus que du coup elle utilise donc ça s'est bien goupillé. Ça aurait été dans l'ancien cabinet ça aurait été beaucoup plus galère !!!*

On remarque d'ailleurs que c'est dans ce **contexte de dynamique de MSP** qu'ils ont connu ASALEE. Ces réponses sont issues de la question « comment avez-vous connu ASALEE ? »

E3 : *Par mon copain PM qui m'en a parlé lors d'une réunion sur un autre thème comme on avait un projet de MSP. Je me suis renseignée sur le contenu et j'ai trouvé ça très interessant.*

E6 : Alors j'ai connu ASALEE par la fédération régionale des maison de santé du Languedoc Roussillon. On avait des AG tous les trois mois et ils sont venus nous présenter une infirmière ASALEE.

E7 : Alors en fait on est une MSP donc on faisait parti de l'association des maisons et pôles de santé du Languedoc Roussillon, et il y avait une réunion où le thème était infirmière ASALEE.

Quand on est rentré ici on en a parlé à nos infirmiers libéraux et il y en a une qui a été très intéressée, qui a fait la formation et voilà !

E11 : Alors j'ai connu le réseau ASALEE lors des premières journées nationales des maisons de santé donc ça doit faire 6 ou 7 ans mais c'était encore à titre expérimental.

2) Appréciation d'usage

L'autre partie de notre guide d'entretien visait à évaluer l'appréciation d'usage d'ASALEE par les médecins. Nous avons ainsi fait émerger les bénéfices d'ASALEE au sein de leur cabinet, auprès de leurs patients, mais également plusieurs suggestions d'amélioration.

2-1 Les bénéfices d'ASALEE

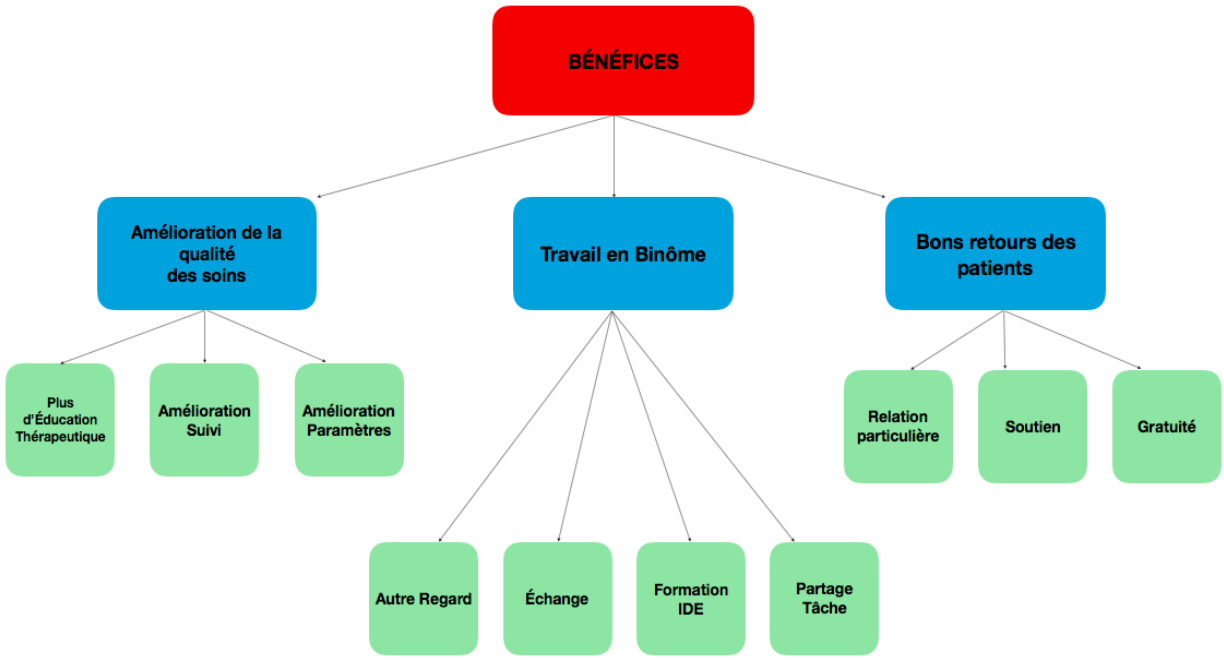


Figure 4 : Bénéfices d'ASALEE selon les médecins interrogés

A) Amélioration de la qualité des soins

Nombreux médecins constatent une **amélioration de l'éducation thérapeutique** de leurs patients suivis par ASALEE.

E1 *: Bien, ça c'est très clair, on commence à avoir des résultats, des sevrages effectifs au niveau du tabac, de la diététique, de l'activité, ça évolue !*

E3 : *Il y a une nette amélioration ! Les gens savent un peu mieux ce qu'est un diabète, à quoi correspond leur traitement, les risques encourus ! Ils ont un autre regard sur leur maladie, ils l'ont un peu mieux « apprivoisée » !*

E6: *Ceux qui la voient oui sont plus au clair sur les régimes, la nécessité de bouger ! Et pour les sevrages tabagiques ça marche vachement bien quand même.*

E9 : Et puis maintenant les patients sont plus au courant de leur maladie, ils arrivent à la consultation en disant : « bon voilà je suis allé chez l'ophtalmo, chez le cardio ! » Ils se gèrent seuls ! Non c'est très positif !

De même ils notent une **amélioration du suivi et du dépistage des complications** chez les patients ASALEE.

E1 *: Bien au niveau des indicateurs ROSP en tout cas ça se traduit par des indicateurs meilleurs que la moyenne départementale et nationale. Donc ophtalmo, HBA1c notamment.*

E4 *: Les consultations cardiologiques ça n'a pas trop changé, mais les consultations oubliées comme l'ophtalmologue, le Doppler annuel on se rappelle bien plus de les prescrire grâce aux annotations de l'infirmière. Alors qu'avant on oubliait plus. Le suivi HBA1c tous les 3 mois est bien mieux réalisé aujourd'hui.*

E5 : C'est plus suivi, car elle nous marque des alertes sur le dossier patient pour nous indiquer quels sont les examens manquants, et nous on le voit lors de la consultation qui suit et ça nous permet de le prescrire et de ne pas oublier.
Pour mes patients ça se passe bien, notamment pour le fond d'oeil où je passais un peu à côté car les patients nous disent « oui oui je l'ai fait » mais on n'a pas les courriers … et aussi pour la consultation dentiste qu'on a tendance à zapper !

E6 : Le fait qu'elle les convoque une fois par an c'est un plus et donc on sera beaucoup plus dans

les clous ! Par exemple la consultation ophtalmo on n'a pas toujours les comptes-rendus et les patients ne se rappellent pas toujours de la date du dernier fond d'oeil. L'infirmière a plus de temps pour vérifier tout ça et nous indiquer ce qui n'a pas été fait. Et puis elle centralise les infos car on est un cabinet de plusieurs médecins et les patients nous voient parfois tous les trois, ce qui ne facilite pas le suivi.

E10 : Le suivi est assez difficile pour ça, même si ça va mieux depuis notre nouveau logiciel, mais avec ASALEE maintenant tout est noté dans le dossier, c'est nickel, je sais mieux où j'en suis ! J'ai pas besoin de fouiller à droite à gauche...
Alors elle m'aide beaucoup dans la tenue des dossiers, j'étais pas toujours systématique. Parfois elle les aide à prendre les rendez-vous. Donc elle vérifie le suivi mais aussi elle contribue à ce qu'il se réalise correctement !

Ils signalent même pour certains un **bénéfice direct sur la santé du patient,** à travers les chiffres des paramètres de suivi (HBA1c, Poids, cholestérol...).

E3 : *Globalement il y a une amélioration, on a quelques moyens de contrôle mais au moment où tu me poses la question je n'ai pas les courbes. Pour l'HBA1c c'est clair, il y a moins de déra-pages. Quand j'ai refait le point avec les ROSP on est bien dans les clous.*

E9 : *Oui ! Ça baisse ! Parce qu'elle fait beaucoup d'éducation nutritionnelle, elle les coach beaucoup !*

E10 : *Alors HBA1c c'est facile à suivre grâce au logiciel... ah j'ai l'exemple d'un routier qui était complètement déséquilibré, et elle l'a suivi par téléphone ! Il est parti de 10 et il est arrivé à 7 ! Bon bien sûr j'avais un peu arrangé le traitement mais elle a véritablement fait un super boulot ! Lui il était super content ! Mais ça a duré presque une année... Pour l'HTA c'est très variable, je sais pas ...Pour le poids oui ! On avait suivi un enfant obèse diabétique de type 1, et là il n'est plus en stade obésité, mais en surpoids. Le cholestérol c'est difficile je saurai pas te dire...*

Les autres médecins interrogés évoquant souvent une difficulté pour eux d'avoir une vision sur l'évolution des chiffres.

E1 : J'ai l'impression d'une meilleure maitrise mais je ne peux pas le chiffrer.

E6 : Je pense que je n'ai pas assez de recul mais je ressens une petite amélioration.

E11 : Alors ça c'est très difficile à dire … mais mon impression est plutôt positive en général.

B) Travail pluri-professionnel apprécié

Les médecins interrogés soulignent souvent le **bénéfice d'un autre regard**, de la part d'un professionnel de santé différent.

E3 : *Parfois on n'a pas la même approche mais c'est une croisée des regards qui amène à une vision 3D des patients !*

E5 *: On a beaucoup d'échanges, je prends beaucoup son avis car elle les voit beaucoup plus longtemps que moi et elle a une approche beaucoup plus psychologique*

E6 *: Bah justement pour apporter quelque chose au patient que nous on peut pas toujours apporter : du temps et une prise en charge différente.*

Ils apprécient aussi l' **échange avec un autre professionnel** concernant leurs patients.

E3 : *On rigole bien ! (…) On a une bonne complicité, on échange beaucoup.*

E5 : *On se voit trente minutes par semaine pour la réunion, sinon on communique pas mal via le dossier du patient. Cela se passe très bien ! On se remet en cause chaque année sur la tenue du dossier, on communique beaucoup !*

E7 *: Bah elles sont intéressantes* (en parlant des annotations faites par l'infirmière dans le dossier médical) *parce qu'on apprend des choses que les patients ne nous disent pas toujours !!! (rires)*

E10 *: C'est super enrichissant ! On apprend beaucoup de choses sur nos patients !*

Le partage des tâches est très valorisé dans les entretiens. D'une part pour la responsabilisation des infirmier(e)s, d'autre part dans la prise en charge du patient, parce qu'ils se concentrent plus

sur la partie médicamenteuse ou les comorbidités, le suivi et l'éducation thérapeutique étant assurés par l'infirmier(e) ASALEE.

E1: *Donc voilà donc j'avais plusieurs objectifs avec ASALEE, d'abord je souhaitais qu'au sein de l'équipe ici on puisse responsabiliser les infirmières aux tâches qui soient plus pertinentes par rapport à leur formation, qu'elles ne fassent pas que des toilettes, car c'est l'essentiel de leur activité en milieu rural. (...) La responsabilité est partagée et appréciée des patients.*

E3 : *Ça n'empêche pas qu'il y a des dérapages mais au moins on sait qu'on va pouvoir y revenir plus facilement que quand on n'avait pas ASALEE ! Là c'est comme un piano à quatre mains on arrive plus facilement à ré-encadrer.*

E4 *: Oui je pense que j'ai changé ma façon de consulter avec ces patients. Ça me permet de me concentrer plus sur les médicaments. C'est plus facile car les patients sont plus informés et la consultation avance plus vite.*

E6 : Bah je pense que je vais plus du coup me concentrer sur la partie médical, médicaments. Et je vais moins aborder les questions hygiéno-diététiques et c'est un vrai soulagement ! (rires)

E9 : Et puis pour moi car quand je sais que le patient a été vu par l'infirmière je vais pouvoir me concentrer sur autre chose ! Des choses que je n'avais pas le temps d'approfondir auparavant. Mon rôle a changé.. oui je délègue beaucoup plus !

La **qualité de formation des infirmier(e)s ASALEE** ainsi que **leur investissement** est soulignée dans les entretiens.

E6 : Ce que je trouve bien dans ASALEE c'est qu'il y a une formation, un réel suivi derrière, il y a la formation continue, donc j'ai entièrement confiance en notre infirmière ASALEE

E8 : J'ai remarqué que les infirmières ASALEE étaient toutes extrêmement motivées et investies et je ne sais pas si on va garder ce côté qualitatif si on double ou triple les infirmières ASALEE.

E10 : Après je pense que c'est infirmière dépendante ! La nôtre est géniale !!! Tous mes collègues sont jaloux ! (rires)

C) Bons retours de la part des patients

Les médecins généralistes décrivent pour la plupart une **relation particulière** entre l'infirmière ASALEE et son patient.

E2 : (à propos des retours fait par les patients) *Finalement il y en a peu, les gens n'en parlent pas, ils ont un rapport particulier avec M..*

E4 : Oui oui oui, toujours positifs, ils ont un très bon contact avec l'infirmière, ils sont à l'aise avec elle, ils trouvent que les consignes, les conseils diététiques sont efficaces.

E10 : C'est un temps d'écoute qu'on ne peut pas toujours leur accorder et ça fait ressortir des éléments dont les patients ne nous parlaient pas, elle a un gros rôle psychologique. Ça permet de débloquer des situations, on avance mieux !

Les patients expriment à leurs médecins une satisfaction dans l'**accompagnement, le soutien supplémentaire** apporté par ASALEE.

E6 : Ils sont plutôt contents globalement, ils sentent qu'on s'occupe d'eux.

E9 : Ils sont contents ! Ils disent « elle m'a fait un électro-cardiogramme, une spirométrie... j'ai perdu du poids grâce à M. ! » (rires) c'est très positif !

E10 : Et puis notre infirmière organise même des petites sorties marche avec plusieurs patientes ! Cela les stimule, et même parfois c'est le patient qui en a entendu parler, et qui demande à aller marcher avec elle ! Et je trouve qu'elle a contribué à rompre l'isolement grâce à ça !

La gratuité est un élément cité deux fois lors des entretiens, étant très appréciée des patients.

E3 : *Globalement c'est très positif, ça a été noté comme un plus de la maison de santé. En plus la consultation est gratuite !*

E9 : (…) *Et puis ils n'ont pas forcément conscience du risque, dans leur tête ils vont devoir de nouveau « débourser » 25 euros pour te revoir, même si c'est remboursé ! Le fait qu'ASALEE soit gratuit c'est super positif pour eux !*

D) Rémunération du temps de coordination

Dans notre questionnaire, nous interrogions les médecins sur leur **rémunération du temps de coordination** avec l'infirmier(e).

E8 : *Bah oui ! Cela m'étonne que vous me posiez la question !!! Ce temps est noté par l'infirmière et comptabilisé par ASALEE. Je participe aussi annuellement à des réunions nationales et régionales qui sont aussi rémunérées.*

E9 : Ce temps est il rémunéré ? *Oui car j'ai eu des versements, je crois que c'est en fonction du temps de présence de l'infirmière, du nombre de patients qu'elle voit, enfin il faudrait que je regarde en détail.*

E10 : *Alors oui, elle note le temps qu'on passe ensemble et elle le renvoie à ASALEE, et donc on doit faire un certain temps de coordination...*
Et puis maintenant ça entre dans les ROSP !

On observe que certains n'en ont pas connaissance.

E2 : Ce temps est il rémunéré ? *Je crois pas.*
E4 *:* Ce temps est il rémunéré ? *Oui je pense.*
E6 : Ce temps est il rémunéré *? Je sais que oui mais je ne pourrai pas de donner de montant.*
E7 : Ce temps est il rémunéré ? *Normalement oui par ASALEE.*

2-2 Les améliorations proposées

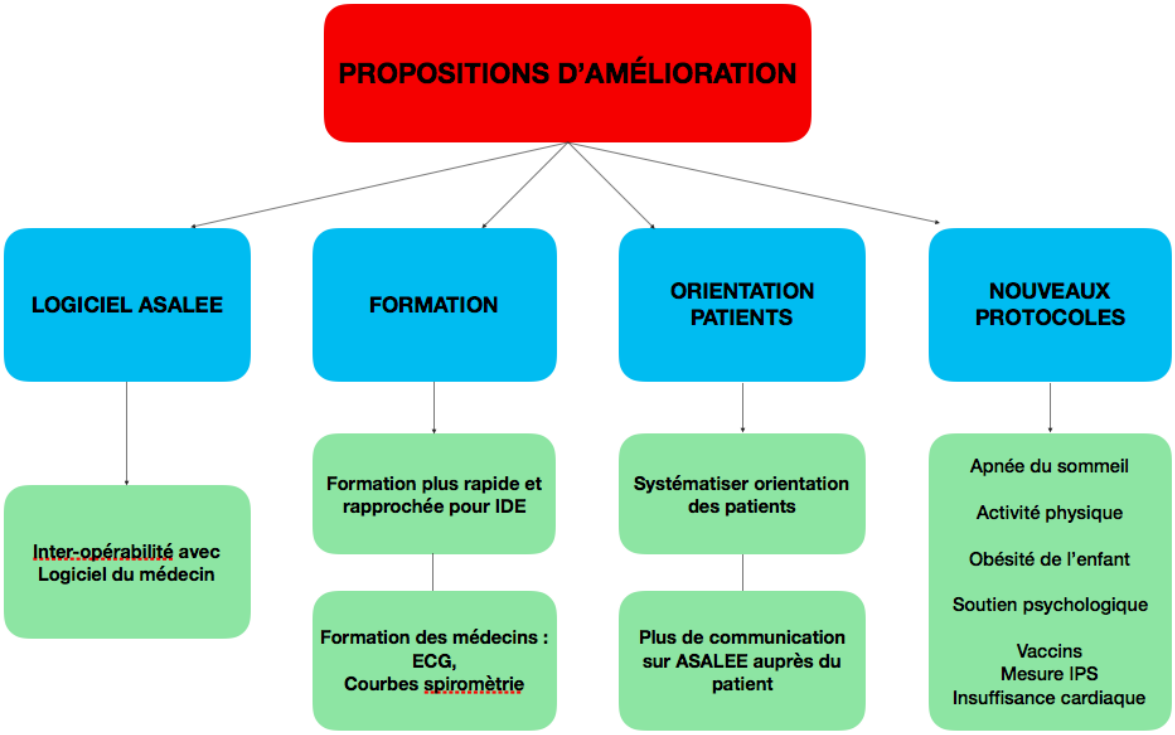


Figure 5 : Propositions d'amélioration formulées par les médecins

A) Logiciel ASALEE

Au cours des entretiens, deux médecins évoquent des **contraintes logistiques liées au logiciel ASALEE.** Il apparaît comme étant « compliqué » et surtout, non synchronisé avec le logiciel du médecin, obligeant l'infirmier(e) à une double saisie des informations

E1 : *Alors ça c'est un problème parce que y'a pas de lien entre les logiciels utilisés. Elle utilise mon logiciel mais elle doit remplir elle même de son coté et y'a pas de bascule automatique entre les deux logiciels, donc double travail de saisie et ça il faudrait vraiment pouvoir arranger ça. (...) Pour ASALEE alors, en premier c'est le basculement automatique des données ASALEE vers le logiciel parce que je pense qu'elle passe beaucoup de temps sur la saisie, trop !*

E8 : *Il y a un problème avec leur logiciel, car elle doit écrire et dans son logiciel ASALEE et dans notre dossier médical... je trouve ça contraignant pour elle. (...) Disons que leur logiciel n'est pas très confortable ! C'est complexe de devoir saisir dans les deux dossiers !*

B) Formation des infirmier(e)s, formation des médecins

La qualité de la formation des infirmier(e)s est soulignée à plusieurs reprises. Mais il est expliqué au décours de l'entretien 9 que **celle-ci est très longue et nécessite de nombreux déplacements**, ceci pouvant freiner des infirmier(e)s motivé(e)s par le dispositif.

E9 : *La formation des infirmières est longue et il faut aller à Paris et donc ça peut être un frein. Il faudrait peut être faciliter la formation ! Pourquoi pas la proposer à distance...*

Est également pointé du doigt le manque de **formation des médecins** à la lecture des courbes de spirométrie, ainsi qu'à la lecture fine des ECG.

E5 *: Peut être qu'il faudrait encore améliorer la prise en charge des sevrages tabagiques, et la spirométrie (l'infirmière est formée à la réalisation mais nous on n'a pas été formé à l'interprétation des courbes !) Pareil pour l'ECG, même si on sait plus ou moins les lire, ça serait bien d'avoir une formation plus précise.*

E10 *: L'ECG nous on l'a pas mis en place. Car je me sens capable d'éliminer une urgence, mais après aller pinailler sur un trouble du rythme alors que ce n'est pas mon fort, j'ai trop peur de passer à côté de quelque chose. Après si on a une formation, que j'en fais beaucoup pourquoi pas ! Mais aujourd'hui je me sens pas assez capable de conclure qu'il est normal.*

C) Problèmes d'orientation / adhésion des patients à ASALEE

En ce qui concerne l'orientation des patients, on remarque que **les choses ne sont pas systématisées** dans les cabinets, ou alors que cela commence à peine à émerger (dans les cas des médecins 6-7-8, l'infirmière possède la liste de tous les diabétiques du cabinet et les contacte elle-même pour un bilan annuel). Cela est d'ailleurs critiqué dans l'entretien 1.

E1 *: Bien...C'est un peu la même chose, il n'y a pas de démarche systématisée... voilà, donc ça on est en train d'avancer, on va mettre en place cette année un repérage, enfin, une analyse systématique du risque cardio-vasculaire... Les personnes qui présentent au moins un facteur de risque seront gérées par M. avec une démarche collective impliquant un peu tout le monde, enfin tout le monde... infirmière, kiné, diététicienne. (...)*

Donc en fait c'est au fil des consultations que je les adresse en essayant maintenant d'être un peu plus systématique notamment par rapport au risque cardio-vasculaire. (...) Et ensuite être plus systématique dans le renvoi vers ASALEE dans le suivi des patients, donc protocoliser un peu plus une démarche qui réintégrerait ASALEE dans une maison de santé.

E2 *: Plutôt ceux qui ont des difficultés de prise en charge et qui souhaitent une aide, parce que ceux qui veulent pas cela ne sert à rien de les envoyer. Malheureusement on ne peut pas lui envoyer tout le monde donc oui on sélectionne les personnes qui sont le plus à risque de complications et qui sont compliants.*

E6 : Seulement certains, je le propose pas systématiquement car c'est en fait l'infirmière ASALEE qui a la liste de nos patients diabétiques et qui les convoque une fois par an pour un bilan annuel (examen des pieds, ECG, point sur les dépistages recommandés). Moi je vais plus orienter les découvertes de diabète ou les diabètes complètement déséquilibrés ! Après ça sera plus les sevrages tabagiques et les BPCO.
Et les déments !! pour le dépistage, je ne prends plus le temps de faire les MMS.

E8 : Jusqu'à peu de temps j'adressais surtout certains, des gens avec des difficultés, des diabètes déséquilibrés. Maintenant on est arrivé à s'entendre avec une de mes collègues pour que l'infirmière les voit tous une fois par an.

Cela semble expliqué par des **problèmes d'adhésion de certains patients** lors de l'orientation vers l'infirmier(e) ASALEE.

E3 : *Systématique non, mais à chaque diabétique je me pose la question, au fur et à mesure des consultations j'essaie de repérer le bon moment. Il y a des patients à qui je propose pour l'éducation thérapeutique (certains adhèrent, d'autres non), et puis il y a des patients pour lesquels de plus en plus je prescris l'examen des pieds. Du coup ils font connaissance avec M., du coup elle commence par le côté technique, et puis après elle propose un peu d'éducation thérapeutique.*

E4 *: Je pense que ce qui freine les gens c'est d'avoir le temps d'aller la voir, et la motivation. C'est difficile de soutenir des gens peu motivés, même avec une infirmière! (rires)*

E5 *: Ils sont très satisfaits dans 80% des cas, les 20% autres c'est plus qu'ils estiment ne pas en*

avoir besoin. Mais personne ne s'en est plaint directement !

E9 *: Des fois j'ai des patients qui sont catastrophiques, qui ne comprennent rien.. eux je les envoie ! Mais paradoxalement c'est eux qui refusent souvent ce suivi !*
Sinon j'en envoie qui sont bien équilibrés pour faire le point, être sûre que j'ai rien oublié.

E10 : *J'envoie aussi bien les patients qui ont des difficultés que les découvertes de diabète. J'essayais au début de proposer assez systématiquement, mais au début j'ai eu des refus, je pense parce que je ne présentais pas bien la chose. J'essaie de l'amener sur plusieurs consultations et ça passe beaucoup mieux.*

E11 : *Oh seulement certains. Il y en a on sait d'avance que ça sera difficile de les adresser parce qu'on sait déjà qu'ils voudront pas y aller ! C'est pas tous les patients non...*

D) Émergence et idées de nouveaux protocoles

Le dépistage du syndrome d'apnée du sommeil est cité dans 4 entretiens

E1 *: On avait pensé à un moment au dépistage des syndromes d'apnée du sommeil*

E2 : *Alors il y a un groupe de patients en particulier, les BPCO pour lesquels j'aimerais bien qu'on puisse sur place leur proposer un dépistage de l'apnée du sommeil. Les Gaz du sang on ne les aura jamais sur place...*

E9 : Par exemple Le syndrome d'apnée du sommeil ! Ça serait top de pouvoir faire la polysomno avec ASALEE et qu'ils voient le pneumo dans un second temps si cela le justifie.

E10 *: On a un projet pour l'apnée du sommeil ! On est en relation avec un prestataire de services qui va nous former à la pose du matériel et c'est elle qui s'en occuperait sur son temps ASALEE.*

L'encouragement, l'accompagnement à l'activité physique sont proposés.

E3 : *Ah et la prescription d'activité physique ! On le fait un peu en conseillant la marche etc..*

mais il y a un potentiel à développer.

E10 *: L'activité physique.. avec le prêt de podomètre...*

La prise en charge de l'obésité de l'enfant est un protocole expérimental évoqué par plusieurs de nos interviewés.

E6 : *Obésité de l'enfant mais je crois qu'ils en parlent !*

E10 *: L'obésité de l'enfant c'est à développer aussi.*

Les médecins proposent également une éventuelle **prise en charge psychologique** des patients par l'infirmier(e) ASALEE

E6 : Et peut être burn out dépression !! car on y est pas mal confronté et que le psychologue ça coute cher...

E7 : J'aimerais bien qu'on fasse un truc sur la gestion des traitements anxiolytiques, ou même la gestion de l'angoisse tout simplement...

E8 : Ce qu'on a remarqué aussi c'est qu'il y a des gens en grande détresse psychologique (suivi pour une pathologie concernée par ASALEE), et que comme elle leur accorde plus de temps, ils s'épanchent beaucoup et elle est parfois un peu débordée par ça ! Des patients voudraient que les séances ASALEE se transforment en séances psychologiques !

D'autres propositions intéressantes sont faites : **vaccinations** de l'enfant ou de l'adulte, **mesure de l'IPS**, **suivi de l'insuffisant cardiaque**...

E1 : On avait pensé à un moment au dépistage des syndromes d'apnée du sommeil, et après en matière de vaccination je pense qu'on pourrait aller un peu plus loin aussi, notamment concernant la grippe et le pneumocoque. Je pense que les infirmières ASALEE peuvent s'impliquer car elles sont en contact avec les personnes qui devraient en bénéficier.

E3 : Oui on en a un peu parlé, notamment dans l'éducation thérapeutique de l'insuffisant car-

diaque, de l'asthme. Et on pourrait imaginer pour les enfants, revoir leurs vaccins .

E5 : Peut être sur l'insuffisance cardiaque.

E7 : L'IPS.. je sais pas si c'est encore fait.

E10 : Et sinon donner à chaque patient ASALEE un petit carnet de suivi avec son poids, ses HBA1c, tensions etc...

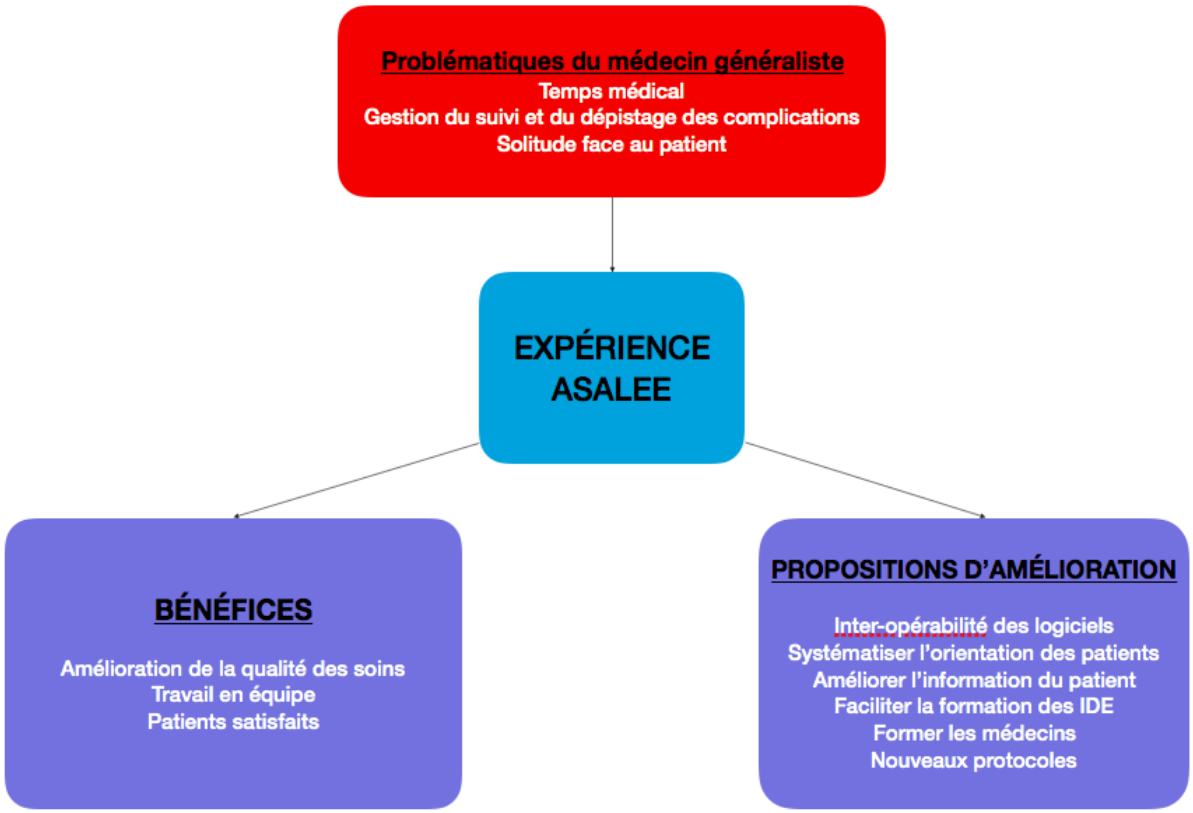


Figure 6 : Schéma récapitulatif des thèmes retrouvés : déterminants d'orientation et appréciation d'usage des médecins généralistes ASALEE en Languedoc-Roussillon.

Discussion

I) Forces de l'étude

1) Choix de la méthode qualitative

L'objectif de notre étude était d'analyser la démarche intellectuelle d'orientation vers un protocole de coopération et l'appréciation secondaire de ce choix par les médecins généralistes. L'analyse qualitative est selon nous la plus adaptée au sujet, puisqu'il s'agit d'évaluer des processus intellectuels.

2) Nombre de participants à l'étude

Notre recrutement a été exhaustif, car nous avons réussi à interroger au moins un médecin par cabinet médical participant au dispositif depuis plus d'un an dans le Languedoc Roussillon.
Le nombre de participants a été suffisant puisqu'il a permis d'atteindre une saturation de données constituant ainsi un argument de validité. Cela a été obtenu au dixième entretien. Le onzième entretien n'ayant apporté aucun élément nouveau.

3) Caractéristiques de la population

Notre étude est qualitative, le but n'est donc pas d'obtenir un échantillon représentatif. Toutefois la diversité de l'échantillon est respectée car nous avons interrogé des médecins de secteurs, d'âge et d'expérience différents afin d'obtenir des profils variés.
Nous avons choisi d'interroger uniquement les médecins ayant adhéré au dispositif ASALEE depuis au moins un an afin d'obtenir un meilleur retour sur expérience lors de nos entretiens.

4) Choix des entretiens semi-dirigés et élaboration du guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été élaboré après de nombreuses recherches bibliographiques sur le sujet. Nous avons réalisé un entretien test au préalable, ce qui a permis de modifier le questionnaire afin d'en faciliter la compréhension par les médecins, et d'enrichir leurs réponses.

5) Intérêt de la recherche

Plusieurs thèses de médecine générale ont pour sujet ASALEE . La première que nous devons citer est celle d'Emmanuelle DELEAU en juillet 2005, un an après le début de l'expérience ASALEE. Elle montre une satisfaction des médecins, infirmier(e)s, patients, ainsi qu' une amélioration du suivi des recommandations de bonne pratique [(15)].
D'autres évaluaient ensuite l'efficacité du protocole chez les diabétiques, comme celle d'Elodie TARDIT, dans deux cabinets médicaux des Landes en 2016, [(16)] ou celle de Thomas VERNEUIL en 2017 chez les patients diabétiques de la maison de santé Saint Éloi [(17)] .

Sur le plan qualitatif, on retrouve également plusieurs thèses, comme celle de Romain PY, « Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015 » [(18)]. En 2017, Eugénie DADENA et Maya SADER ont abordé le point de vue du patient en Midi-Pyrénées[(19)], et Virginie HAU le ressenti du médecin généraliste dans l'utilisation du protocole BPCO dans le cadre d'ASALEE [(20)].

En 2017, Celine VEZIEN s'est penchée sur l'identification des freins à la coopération interprofessionnelle en Charentes [(21)]. Les médecins généralistes interrogés mettent en évidence de nombreux freins dans leur collaboration avec l'IDE ASALEE. Les principaux retrouvés sont :

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

Notre travail s'intéresse au point de vue du médecin ASALEE, aux déterminants ayant mené à sa participation au protocole et à son appréciation d'usage d'ASALEE, il est donc original de ce point de vue.
De plus, ASALEE est arrivé très récemment en Languedoc Roussillon et est encore méconnu de la majorité des médecins généralistes.

II) Faiblesse de l'étude

1) Biais de recrutement

Tous les médecins généralistes ASALEE de la région ont été invités à répondre à l'étude. Seuls onze médecins sur les vingt-sept interrogés ont participé. Sur les vingt-sept médecins recrutés, dix-sept ont répondu, mais six d'entre eux n'avaient pas encore un an d'expérience ASALEE. Les dix autres n'ont pas pu être joignables, malgré un mail de relance et appel de leur secrétariat.
Lors de mes entretiens téléphoniques avec leurs associés, ces derniers m'expliquaient que pour trois d'entre eux le refus était sans doute lié à une mauvaise appréciation d'ASALEE et donc à une très faible utilisation du protocole de coopération. Nous n'avons malheureusement pas pu avoir confirmation de ces propos par les médecins ayant refusé de participer à l'étude. Pour les autres, la justification de leur secrétariat était un manque de temps.
Il existe donc un biais de recrutement, car les médecins ayant accepté de répondre à l'enquête pouvaient être particulièrement sensibilisés à la problématique.

2) Biais d'investigation et de recueil

L'un des principaux facteurs limitant de ce travail est le manque de formation et d'expérience de l'investigatrice dans le domaine de la recherche qualitative et de la sociologie pour mener les entretiens semi-directifs et l'analyse thématique.
Ce travail ne peut prétendre à un niveau de recherche comparable à celui atteint dans les sciences sociologiques.
Nous pouvons également envisager que l'enregistrement des médecins interrogées ait pu entraîner chez eux une certaine retenue, même si le caractère anonyme était garanti avant chaque entretien.

III) Analyse des résultats

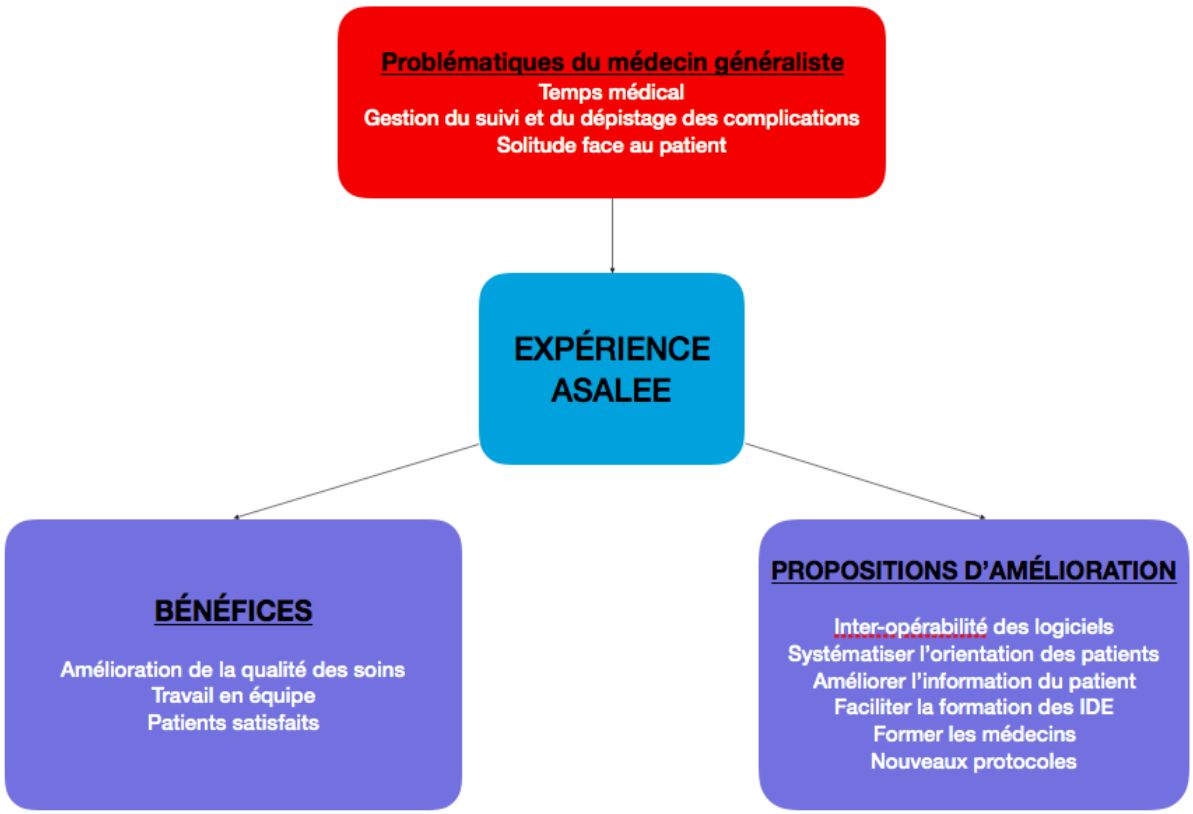


Figure 6 : Schéma récapitulatif des thèmes retrouvés : déterminants d'orientation et appréciation d'usage des médecins généralistes ASALEE en Languedoc-Roussillon.

1) Problématiques du médecin : déterminants d'orientation vers ASALEE

A) Temps médical restreint

La question du temps médical est récurrente dans nos entretiens. Les médecins expriment des difficultés de suivi et ne parviennent pas à faire de l'éducation thérapeutique durant leur temps de consultation. Nous formulons plusieurs hypothèses pour expliquer ce manque de temps.

Démographie des médecins généralistes en France

Dans son atlas de démographie médicale en 2017, le tableau de l'Ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice), soit une diminution de 9,1% des effectifs depuis 2007. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière [22].

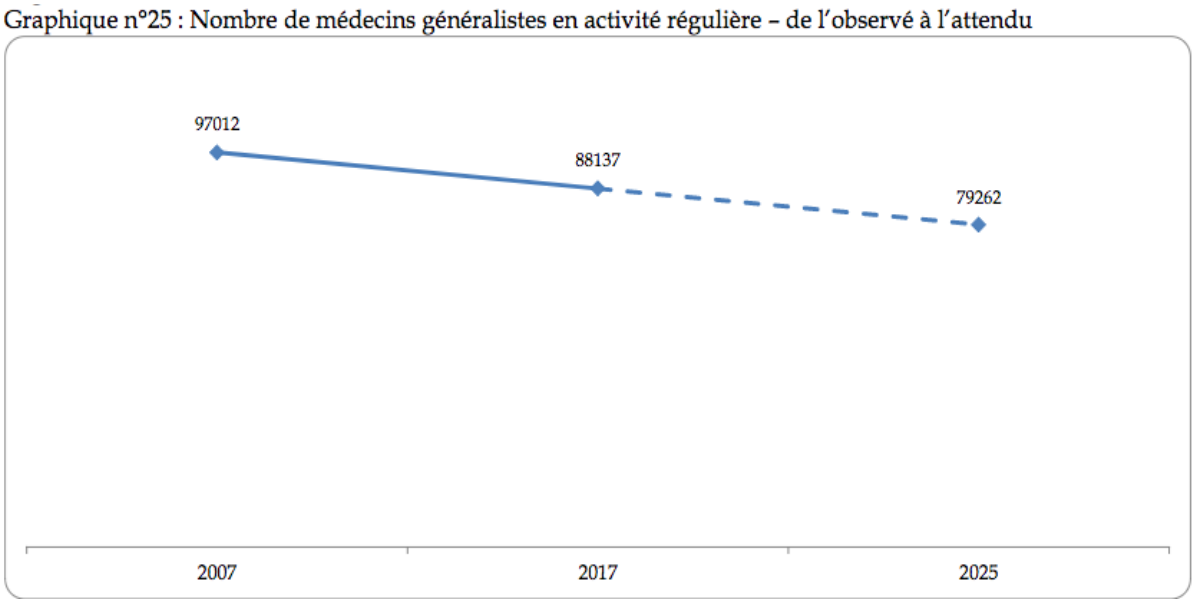


Figure 7 : Nombre de médecins généralistes en activité régulière selon l'atlas de démographie médicale 2017

Avec une diminution de 18,3% de ses effectifs en médecine générale, l'Occitanie semble être la deuxième région de métropole qui compte la plus forte baisse sur la période 2010/2017 [22].

Vieillissement et augmentation de de la population

L'espérance de vie à la naissance atteint 79,4 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2016 en France métropolitaine. Au cours des 60 dernières années, hommes et femmes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en moyenne [23].

Au 1er janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Alors, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. [24]

Augmentation du nombre de maladies chroniques

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée à 4,6 % en 2012, et a été actualisée à 5,0% en 2015, soit plus de 3,3 millions de personnes traitées pour un diabète. Une augmentation de la prévalence du diabète est observée depuis 2000 [24].

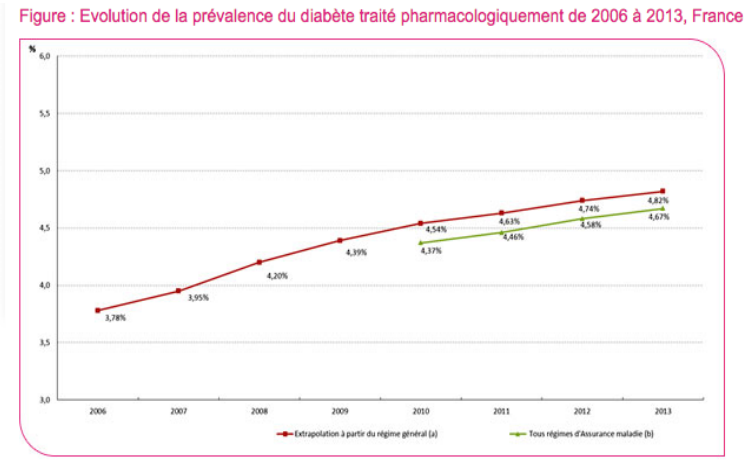


Figure 8 : Évolution de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement de 2006 à 2013 en France

En 2014, la prévalence du traitement antihypertenseur en France était de 18,6 %, soit plus de 12,2 millions de patients. Cette prévalence augmentait de manière importante avec l'âge passant de 3,1 % chez les 25-44 ans à 58,9 % chez les 65-84 ans et plus de 75 % au-delà de 85 ans [25]. L'espérance de vie augmentant, on peut donc considérer une augmentation de la prévalence de l'HTA dans les années à venir.

Concernant la BPCO la prévalence est difficile à estimer en raison du sous-diagnostic et de la difficulté à réaliser des EFR dans le cadre d'études épidémiologiques. Elle est estimée à 7,5 % dans une population de plus de 40 ans, l'incidence semble se stabiliser chez l'homme et augmenter chez la femme. [26]

En ce qui concerne les troubles cognitifs on estime le nombre de personnes prises en charge par le système de soins avec une maladie d'Alzheimer ou autre démence en France en 2014 est estimé à environ 770 000 (68,7 % de femmes), dont près de 35 000 sont âgés de 40 à 64 ans. Ces chiffres augmentant également avec l'âge [27].

Ainsi il paraît évident que face à une diminution du nombre de médecins généralistes en exercice, une augmentation et un vieillissement de la population et une augmentation du nombre de pathologies chroniques, le temps médical est de plus en plus restreint. L'Infirmier(e) ASALEE propose des consultations entre trente minutes et une heure aux patients, ce qui permet de pallier ce problème de temps médical [10].

B) Difficultés de suivi

Beaucoup des médecins interrogés évoquent leurs difficultés dans la réalisation annuelle des examens de dépistage recommandés, du fait d'une exigence du suivi recommandé, d'un manque de matériel (ou de formation à son utilisation), et d'un problème de proximité et de délais de rendez-vous avec les spécialistes.

Exigence du suivi recommandé

Prenons l'exemple du diabète car les recommandations de bonnes pratiques comprennent un nombre d'examens et de consultations spécialisées importants [28].

Ainsi tous les trois mois, le médecin généraliste doit

- Interroger son patient sur sa consommation tabagique et alcoolique, ses symptômes, son observance et tolérance du traitement.
- Faire le point sur son auto-surveillance glycémique (ASG), son HBA1c, Poids et Tension Artérielle.

Une fois par an il doit faire le point sur

- Son alimentation, activité physique, sa vulnérabilité sociale
- Son examen des pieds
- Les pouls périphériques / Mesure de l'IPS
- Son examen neurologique
- l'auscultation des vaisseaux

Et une fois par an toujours, veiller à la prescription des examens suivants

- Bilan lipidique, rénal et recherche d'albuminurie
- ECG +/- consultation cardiologique si antécédents cardiaque
- Ophtalmologue
- Dentiste

Suivi du diabète en dehors des complications

	M3	M6	M9	M12
Interrogatoire				
Tabagisme	X	X	X	X
Consommation alcool	X	X	X	X
Activité physique ou sportive				X
Alimentation				X
Symptômes	X	X	X	X
Suivi observance, tolérance des traitements	X	X	X	X
Suivi ASG (si indiquée)	X	X	X	X
Évaluation des besoins en ETP				X
Suivi vulnérabilité sociale				X
Évaluation clinique				
Mesure PA contrôle AMT (/consultation)	X	X	X	X
Poids et calcul IMC[1] (/consultation)	X	X	X	X
Auscultation vaisseaux				X
Pouls jambiers, mesure IPS[2]				X
Examen neurologique				X
Examen des pieds				X
Examens complémentaires				
HbA1c : 2 à 4/an[3]	(X)	X	(X)	X
EAL				X
Créatininémie avec estimation du DFG[4]				X
Albuminurie (A/C)[5]				X
ECG de repos (par MG ou cardiologue)				X
Suivi spécialisé systématique				
Ophtalmologue[6]				X
Dentiste				X

Respecter à la lettre ces recommandations riches en examens et investigations complémentaires dans un temps médical restreint semble difficile à mettre en œuvre par le médecin généraliste. L'infirmier(e) ASALEE dispose du temps et de la formation nécessaire pour faire le point sur l'éducation thérapeutique, et le suivi du patient diabétique [(10)].

Manque de matériel

Le manque de matériel, notamment la spirométrie est évoqué dans les entretiens. Nous émettrons deux hypothèses pour expliquer cela.

Tout d'abord le coût. Le spiromètre fourni par ASALEE (Spiromètre USB Minispir Light) coûte 699 euros [(29)]. Il s'agit d'un budget important, même dans un contexte de cabinet de groupe.

Puis le manque de formation des médecins généralistes à l'utilisation des spiromètres et à l'interprétation des courbes.

Dans son programme d'action en faveur de la BPCO sur 5 ans en 2005 [30], le ministre de la santé constate qu' une formation sur la BPCO est faite durant les études médicales, mais qu'elle ne permet pas d'aborder suffisamment la prévention des facteurs de risque, notamment le tabac et l'aide au sevrage, les innovations dans le dépistage (mesure du souffle), le diagnostic et la prise en charge de la maladie. Plusieurs solutions sont proposées, comme l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins mais nous n'avons trouvé aucune étude évaluant les répercussions de ce plan BPCO sur la formation des médecins généralistes.

L'association ASALEE fourni à ses médecins généralistes un appareil de spirométrie, et l'utilisation et l'interprétation des courbes fait partie de la formation de l'infirmier(e) ASALEE.

Problème de proximité des spécialistes et des délais de rendez-vous.

Dans nos entretiens, le problème des délais de rendez-vous et de proximité des spécialistes est avancé pour expliquer les difficultés de suivi.

D'après une étude de l'Observatoire de l'accès aux soins réalisé par l'IFOP (Institut français d'opinion publique) en 2012, les Français semblent renoncer davantage à des soins chez un médecin spécialiste que ce soit pour des raisons de temps, de coût et d'éloignement géographique, que chez un médecin généraliste [31].

L'éloignement géographique apparaît comme une cause de renonciation à des soins : 20% des personnes interrogées ont renoncé à se soigner chez un généraliste contre 27% chez un spécialiste. Les difficultés d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide sont aussi invoquées par 48% des interviewés pour des soins chez un généraliste et 59% pour des soins chez un spécialiste. Le problème de coût, non mentionné par les médecins interrogés est à souligner également. Dans le détail, 27% des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à des soins chez un médecin généraliste contre 42% à des soins chez un médecin spécialiste en raison du coût de la consultation.

L' accès au généraliste est donc plus simple qu'à celui du spécialiste, du fait de sa proximité, de son délai de rendez-vous et de son coût. L'infirmier(e) ASALEE exerçant ses consultations au cabinet du médecin généraliste et bénéficiant de délais de rendez-vous raisonnables, l'accès est donc facilité dans le cadre des pathologies concernées par le protocole. De plus, la consultation avec l'infirmier(e) ASALEE est gratuite pour le patient.

C) Solitude face au patient

Le sentiment de solitude face au patient est exprimé à plusieurs reprises dans nos entretiens. Il est en effet difficile pour les médecins généralistes d'être seul acteur dans la santé de son patient. Le poids de la responsabilité, l'absence d'échanges est cité par le Dr Evelyne MONNERIE dans son mémoire dans le cadre du Diplôme d'Université Gestion du stress et de l'anxiété [32]. Elle a proposé à des médecins généralistes installés à Paris de répondre à un questionnaire sur le stress de la profession. Dans les principales sources de stress retrouvées on citera :

- le manque de temps à consacrer au patient au cours de sa consultation
- l'isolement avec une vraie volonté de travail de groupe et d'association
- la communication avec les confrères spécialistes et les difficultés pour obtenir les rendez vous ou les dossiers des patients
- l'avenir avec la raréfaction des médecins et l'afflux de patients

ASALEE offre la possibilité d'un double regard, de partage des tâches avec un professionnel de santé différent et formé en conséquence.

2) Bénéfices d'ASALEE

A) Amélioration de la qualité des soins

Éducation thérapeutique du patient

Certains médecins constatent que leurs patients sont mieux informés vis à vis de leur maladie, des régimes diététiques, et de la nécessité d'effectuer de l'activité physique.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient [33].

Les étapes de l'ETP définies par la HAS sont

- l'élaboration d'un diagnostic éducatif permettant la connaissance du patient,
- l'identification de ses besoins et de ses attentes
- la formulation avec lui des compétences à acquérir en tenant compte de ses priorités [30].

Lors de son bilan initial et de ses consultations, l'infirmier(e) ASALEE met en évidence les difficultés du patient et établie avec lui des objectifs. Elle réalise ainsi ce qui pourrait correspondre à un plan personnalisé de soins comme défini en Education Thérapeutique.

L'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) a élaboré un référentiel de compétences en éducation thérapeutique et a défini 3 compétences nécessaires : techniques relationnelles, pédagogiques et organisationnelles [34].

Les infirmier(e)s ASALEE répondent à ces champs de compétences en organisant le suivi du patient, en utilisant des outils pédagogiques ludiques et variés (enquête alimentaire, groupe de marche, réalisation de cahiers de suivi) et en créant une relation de confiance et d'alliance thérapeutique avec les patients. Le Code de la Santé Publique autorise d'ailleurs les infirmiers à dispenser de l'ETP [35].

Amélioration du suivi

Comme nous le citions précédemment, le suivi du patient diabétique est complexe et chronophage pour les médecins généralistes. Lors de nos entretiens l'amélioration du suivi de leur patient est fréquemment soulevée. Mais il s'agit seulement d'une impression de leur part.

L'analyse médico-économique de 2008 réalisée par Yann BOURGUEIL pour l'IRDES confirme cela. Elle montre que les patients inclus dans le dispositif ASALEE sont significativement mieux suivis que les autres malades témoins dans le département des Deux-Sèvres, pour tous les indicateurs de suivi à l'exception de celui correspondant au suivi ophtalmologique, pour lequel la modélisation est de qualité médiocre et ne peut donc être interprétée [9].

Amélioration des chiffres.

Concernant l'amélioration des chiffres des paramètres classiques de suivi, celle-ci semblait difficile à mesurer par les médecins interrogés, même si certains voyaient une amélioration.

À chacune de ses consultations, l'infirmier(e) ASALEE recueille les données du patient (paramètres de suivi, commentaires...) dans un portail extranet sécurisé (qu'on nommera logiciel ASALEE pour faciliter la compréhension). Leur volume, leur multiplicité permettent une exploitation plus complète des résultats d'autant que le protocole atteint un degré d'extension quasiment national. C'est grâce à ses données que l'HAS a établi un bilan en 2014 pour évaluer l'efficacité

d'ASALEE [10]. Les données ont ainsi été analysées avant et après les consultations avec l'infirmier(e) ASALEE.
Il a permis de montrer d'abord une diminution de l'HBA1c qui se maintient au fil des consultations, le niveau restant toutefois supérieur à 7,5% et les consultations étant efficaces si elles sont maintenues dans le temps. Les marqueurs du risque cardio-vasculaire ont également été analysés. Les LDL des patients inclus dans le protocole diminuent et se maintiennent, et parmi les patients hypertendus inclus dans le protocole, 49% ont une TA inférieure à 14/9 après trois consultations.

Il apparaît donc qu'ASALEE permet l'amélioration des paramètres de suivi des maladies chroniques, et que cette analyse peut être faite grâce aux données issues du logiciel ASALEE. Un tableau de bord mensuel est adressé à l'infirmier(e) répertoriant son activité et l'évolution des paramètres des patients suivis. (En ANNEXE 6 un exemple).
Cette base de donnée chiffrée existe mais elle semble méconnue des médecins. Il existe sûrement un manque de visibilité, ou de transmission des données. Adresser une copie du tableau de bord de l'infirmier(e) au médecin permettrait sans doute à ce dernier d'apprécier les résultats d'ASALEE.

B) Travailler en binôme

Les médecins interrogés apprécient le travail en binôme, car ils bénéficient d'un autre regard sur les patients et échangent librement avec leurs infirmier(e)s.
Le travail en équipe est défini par l'HAS dans son programme PACTE [36] (programme d'amélioration continu du travail en équipe) : au moins deux personnes, qui ont chacune des rôles spécifiques et complémentaires, qui coordonnent leurs actions, coopèrent et s'entraident pour atteindre un objectif commun dont ils se sentent collectivement responsables.
À cette définition s'ajoute que pour atteindre l'objectif fixé il faut : des compétences techniques mais également non techniques. « Travailler ensemble ce n'est pas automatique, ce n'est pas enseigné, cela ne nécessite pas « d'aimer » tout le monde, ne nécessite pas forcément « être ensemble » ».

ASALEE c'est un médecin généraliste et un(e) infirmier(e), ayant des rôles spécifiques et complémentaires. Le médecin dans son rôle de prescripteur et superviseur, parce qu'ils se

concentre plus sur la partie médicamenteuse ou les comorbidités, et l'infirmier(e) dans son rôle d'éducation thérapeutique, de suivi et de dépistage, dans un protocole de coopération où l'objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins. Cela répond donc parfaitement à la définition du travail en équipe.
En terme de compétences techniques, celles-ci sont acquises par l'infirmier(e) lors de sa formation spécifique. Et en ce qui concerne les compétences non techniques, force est de constater au fil de nos entretiens que les relations infirmier(e) et médecin sont excellentes.

La responsabilisation des infirmier(e)s est un élément cité dans l'entretien 1 comme étant une vraie nécessité et ASALEE répond parfaitement à cette attente.

C) Leurs patients satisfaits.

En dehors de sa satisfaction personnelle, la satisfaction du patient est un élément indispensable au bon déroulement du protocole pour le médecin généraliste. Les médecins interrogés dans notre étude ont tous de bons retours de leurs patients.
Cela se confirme dans la thèse d' Eugénie DADENA et Maya SADER, « Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients » [(19)]. Il apparaît que les patients sont satisfaits des « qualités et compétences » des infirmier(e)s, de la prise en charge différente de celle de leur médecin généraliste et qu'ils ont su opérer des changements de mode de vie à la suite des consultations. Une contrainte organisationnelle a été manifestée (consultations longues et fréquentes) par les patients dans cette étude, cela étant évoqué une fois dans nos entretiens (« *Je pense que ce qui freine les gens c'est d'avoir le temps d'aller la voir, et la motivation. C'est difficile de soutenir des gens peu motivés, même avec une infirmière!»)*. Une thèse est aussi en cours en Languedoc-Roussillon sur l'appréciation des patients suivis par ASALEE.

D) Rémunération du médecin par ASALEE

Même si cet aspect n'est pas mis en valeur dans nos entretiens, il est important de souligner que le médecin est rémunéré par l'association ASALEE.
Nous avons pu obtenir auprès de l'équipe technique ASALEE le détail de cette rémunération. Celle-ci est calculée en fonction de quatre indicateurs :

- Temps de présence de l'infirmier(e) au sein du cabinet
- Activité de consultation de l'infirmier(e) dans le cabinet
- Activité de concertation de l'infirmier(e) avec le médecin
- Temps de présence de médecin dans ASALEE.

Un exercice de plein régime correspond à une infirmier(e) présente l'équivalent d'une journée de sept heures par semaine et par médecin, effectuant six consultations dans cette journée, avec un temps de concertation médecin-infirmier(e) d'au moins deux heures par mois. Pour cet exercice de plein régime, la rémunération est de douze consultations par mois.

Dans la thèse sur l'identification des freins à la délégation de tâche [21], le manque de temps pour échanger au sujet des patients avec l'infirmier(e) ASALEE est cité.
Nous voyons ici que le temps médical dédié à ASALEE est valorisé par une rémunération de l'association ASALEE.
Nous constatons également que cette rémunération n'est pas souvent mise en avant par les médecins interrogés, existe-t-il encore ici un manque d'information ? Où bien est-ce peut-être par pudeur que cette question est peu développée.

3) Suggestions d'amélioration

A) Logiciel ASALEE

Au cours des entretiens, deux médecins évoquent des contraintes logistiques liées au logiciel ASALEE. Il apparaît comme étant « compliqué » et surtout, non synchronisé avec le logiciel du médecin, obligeant l'infirmier(e) à une double saisie des informations.

Les données de suivi des patients sont inscrites dans le logiciel ASALEE : ce système d'information, qui a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) est accessible depuis tous les sites de mise en œuvre du protocole. Il est utilisé et renseigné par les infirmier(e)s et fournit pour chaque patient inclus des informations sur le suivi réalisé (examens, consultations, briefing infirmiers/médecins...) ainsi que des informations médicales (résultats des examens de suivi).
Ces données permettent l'évaluation en continu de l'efficacité d'ASALEE. [5] Comme le dit l'HAS

dans son évaluation du protocole [10] : « Leur volume, leur multiplicité permettent une exploitation plus complète des résultats d'autant que le protocole atteint un degré d'extension quasiment national »

Les médecins ayant abordé le sujet du logiciel suggèrent un basculement automatique des données d'un logiciel à l'autre, soit l'inter-opérabilité des systèmes d'information.
Après enquête auprès des ingénieurs de l'association ASALEE, cette inter-opérabilité existe déjà pour la plupart des logiciels médicaux, en ce qui concerne les paramètres de suivi (pas encore les commentaires) et elle tend à se généraliser à l'ensemble des logiciels médicaux.

Le logiciel ASALEE permet un recueil de données systématique, organisé depuis la naissance du dispositif. Cette puissance des données d'évaluation fait la solidité du système, grâce à une évaluation permanente et une traçabilité. Deux millions de personnes[8] sont ainsi suivies, constituant une base épidémiologique solide et sans comparaison en France.

B) Formation des médecins et infirmier(e)s.

La formation des infirmier(e)s est décrite lors d'un entretien comme longue et centralisée à Paris, pouvant être source de frein à l'extension d'ASALEE.
La formation des infirmier(e)s est assurée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers par des médecins généralistes membres du l'association (associés selon les protocoles avec endocrinologue, cardiologue, gériatre ou pneumologue), et des infirmier(e)s expérimenté(e)s ASALEE. Une évaluation annuelle des compétences est organisée de telle sorte que le contenu de la formation continue soit ajusté [5]. Cette formation est organisée en plusieurs temps (cf annexe) :

- Formation « Protocole » trois jours consécutifs
- Deux formation éducation thérapeutique de trois jours consécutifs
- Travail éducation thérapeutique inter-modulaire : période de six semaines
- Journées de compagnonnage : trois journées

Cette formation bénéficie d'une prise en charge financière par l'association ASALEE (frais de déplacement, hôtel...) et est rémunérée lors du premier bulletin de salaire.

Cette formation bien que longue et éloignée, est en revanche nécessaire à la confiance qu'ont les

médecins envers leurs infirmier(e)s ASALEE, comme cela est souvent cité dans les entretiens.
De plus, même si cette formation est longue et centralisée à Paris, elle est rémunérée et les frais logistiques sont pris en charge par l'association.

Concernant la formation des médecins, ils sont invités à toutes les formations continues délivrées aux infirmier(e)s ASALEE, mais il n'y a pas de formations spéciales pour les médecins. On observe en revanche des initiatives locales, comme à Saint-Jean-du-Gard où un pneumologue a été invité à former infirmier(e)s ASALEE et médecins des alentours à la lecture des courbes de spirométrie.

Il existe donc une demande des médecins à participer à des formations sur les protocoles de coopération ASALEE, notamment sur la lecture des ECG et des courbes de spirométrie, la formation initiale semblant insuffisante. Certains ont pris l'initiative d'organiser cette formation en locale, d'autres participent aux formations continues des infirmier(e)s ASALEE.
L'idée d'une formation spécifique des médecins par ASALEE reste une proposition intéressante, la démarche d'ASALEE étant l'amélioration de la qualité des soins.

C) Orientation des patients

On remarque au fil des entretiens que le recrutement des patients pour ASALEE n'est pas systématisé dans tous les cabinets.
Dans la grille du protocole proposée à l'HAS, les patients sont inclus dans le protocole [(5)]

- Soit à leur demande, s'ils répondent aux critères de recrutement, après avoir été informé par des affiches sur ASALEE au sein du cabinet,
- Soit après repérage par le médecin traitant lors d'une consultation,
- Soit après repérage par l'infirmier(e) ASALEE lors d'une consultation dans le cadre d'un autre protocole (par exemple, découverte d'une hypertension artérielle lors d'une consultation de sevrage tabagique), le médecin devant en être informé.

Dans les critères d'inclusion du patient diabétique (Annexe 1), le repérage systématique est une solution proposée « directement repérés dans les bases de données du cabinet, ou dépistés au cours d'une prise en charge au fil de l'eau, par deux glycémies successives à plus de 1,26 g/L ».

Dans deux cabinets interrogés, l'infirmier(e) possède la liste de tous les diabétiques du cabinet et les contacte elle même pour un bilan annuel. Lors de l'entretien 1, le médecin propose également « un repérage, une analyse systématique » des facteurs de risque cardio-vasculaire avant d'adresser ces patients à l'infirmier(e) ASALEE.

Cette difficulté d'orientation des patients est parfois expliquée par un problème d'adhésion du patient. Dans la grille du protocole [5], l'association ASALEE propose de poser des affiches dans les salles d'attente des cabinets médicaux, afin de favoriser la demande du patient auprès de son médecin.

D) Proposition de nouveaux protocoles

Dans les propositions de nouveaux protocoles ont été cités : dépistage du syndrome d'apnée du sommeil, encouragement à l'activité physique, prise en charge de l'obésité de l'enfant, prise en charge psychologique, suivi vaccinal, mesure de l'IPS, et suivi de l'insuffisance cardiaque.

Dépistage du syndrome d'apnée du sommeil

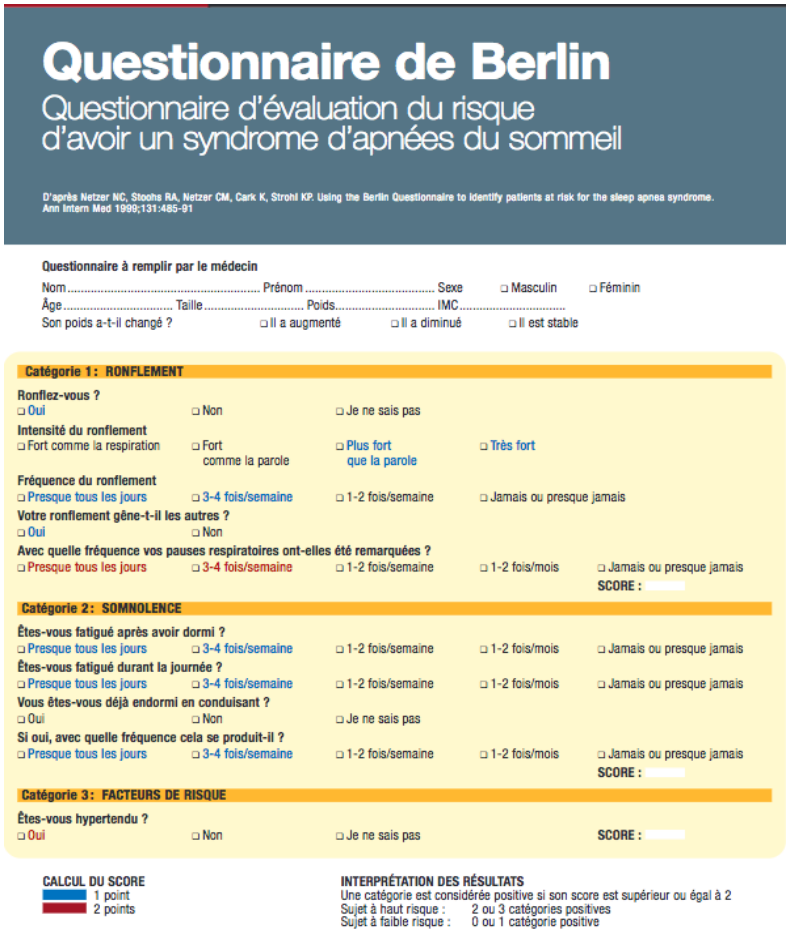
Comme cités dans un de nos entretien, des questionnaires simple existent pour identifier les signes cliniques d'apnée du sommeil : questionnaire d'Epworth et questionnaire de Berlin.[36]. Le questionnaire de Berlin évalue le risque d'apnée du sommeil chez l'adulte.

Il s'agit d'outils simples et reproductibles, qui permettent d'identifier une population à risque de syndrome d'apnée du sommeil. Mais il ne s'agit pas réellement de dépistage.

Le test : Echelle d'Epworth

Pensez-vous être susceptible de vous endormir dans les situations suivantes ?

• jamais = 0 • faible risque = 1 • risque modéré = 2 • risque élevé = 3 •	0	1	2	3
1] Assis en train de lire				
2] Devant la télévision				
3] Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, cinéma...)				
4] Passager dans une voiture pour plus d'une heure				
5] Allongé pour une sieste l'après-midi				
6] Assis en train de bavarder avec quelqu'un				
7] Au volant d'une voiture arrêtée dans un embouteillage qui dure				
8] En fin de repas, encore à table, sans voir bu de l'alcool				
TOTAL (positif si > 10)				



Questionnaire de Berlin

Questionnaire d'évaluation du risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil

D'après Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Cark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med 1999;131:485-91

Questionnaire à remplir par le médecin

Nom ..... Prénom ..... Sexe ❑ Masculin ❑ Féminin
Âge ..... Taille ..... Poids ..... IMC .....
Son poids a-t-il changé ? ❑ Il a augmenté ❑ Il a diminué ❑ Il est stable

Catégorie 1 : RONFLEMENT

Ronflez-vous ?
❑ Oui ❑ Non ❑ Je ne sais pas

Intensité du ronflement
❑ Fort comme la respiration ❑ Fort comme la parole ❑ Plus fort que la parole ❑ Très fort

Fréquence du ronflement
❑ Presque tous les jours ❑ 3-4 fois/semaine ❑ 1-2 fois/semaine ❑ Jamais ou presque jamais

Votre ronflement gêne-t-il les autres ?
❑ Oui ❑ Non

Avec quelle fréquence vos pauses respiratoires ont-elles été remarquées ?
❑ Presque tous les jours ❑ 3-4 fois/semaine ❑ 1-2 fois/semaine ❑ 1-2 fois/mois ❑ Jamais ou presque jamais

SCORE :

Catégorie 2 : SOMNOLENCE

Êtes-vous fatigué après avoir dormi ?
❑ Presque tous les jours ❑ 3-4 fois/semaine ❑ 1-2 fois/semaine ❑ 1-2 fois/mois ❑ Jamais ou presque jamais

Êtes-vous fatigué durant la journée ?
❑ Presque tous les jours ❑ 3-4 fois/semaine ❑ 1-2 fois/semaine ❑ 1-2 fois/mois ❑ Jamais ou presque jamais

Vous êtes-vous déjà endormi en conduisant ?
❑ Oui ❑ Non ❑ Je ne sais pas

Si oui, avec quelle fréquence cela se produit-il ?
❑ Presque tous les jours ❑ 3-4 fois/semaine ❑ 1-2 fois/semaine ❑ 1-2 fois/mois ❑ Jamais ou presque jamais

SCORE :

Catégorie 3 : FACTEURS DE RISQUE

Êtes-vous hypertendu ?
❑ Oui ❑ Non ❑ Je ne sais pas

SCORE :

CALCUL DU SCORE
1 point
2 points

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS
Une catégorie est considérée positive si son score est supérieur ou égal à 2
Sujet à haut risque : 2 ou 3 catégories positives
Sujet à faible risque : 0 ou 1 catégorie positive

Comme expliqué dans la recommandation de l'HAS « Place et conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil » [37], La polysomnographie en laboratoire du sommeil est l'examen de référence pour le diagnostic d'un syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS). Cependant, il est possible d'utiliser la polygraphie respiratoire en présence d'une présomption clinique élevée de SAHOS, en présence d'un sommeil habituellement non fractionné (c'est-à-dire sans éveil) et en l'absence d'autres troubles du sommeil associés. Lorsqu'une polygraphie respiratoire réalisée en première intention est négative alors qu'il y a une forte présomption clinique de SAHOS, une polysomnographie reste nécessaire pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

La polygraphie respiratoire peut être réalisée en conditions non surveillées (à domicile ou en service hospitalier non spécialisé) contrairement à la polysomnographie qui s'effectue en laboratoire de sommeil, pour faire le diagnostic de SAHOS.
L'interprétation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire ne peut reposer

uniquement sur une analyse automatisée. Cette analyse automatisée peut constituer une première étape pour aider à l'analyse finale des examens. Elle ne dispense pas d'une analyse systématique manuelle à partir des données brutes de tous les paramètres par un médecin ayant une compétence en médecine du sommeil.

En ce qui concerne la réalisation de la partie technique, il est estimé que les compétences nécessaires pour la polygraphie respiratoire sont les suivantes :
- maîtrise de l'utilisation et de l'entretien des appareils d'enregistrement ;
- maîtrise de la pose et de la dépose des capteurs
- capacité à vérifier la qualité des signaux et à distinguer l'activité physiologique des artéfacts ;
- capacité à assurer l'information et la préparation du patient pour assurer son confort ;
- capacité à assurer l'archivage des données.

Dans sa thèse « Prévalence du haut risque de SAHOS en médecine générale dans une population âgée de 18 a 70 ans » [38] , Thomas TRIGOLET met en évidence la haute prévalence du risque de SAHOS en soin primaire. Dans son étude, les patients ayant un haut risque de SAHOS (identifiés grâce au questionnaire de Berlin) étaient invités à prendre rendez-vous pour une consultation avec une infirmière ASALEE afin de remplir un dossier spécifique du SAHOS. Il y suggère également que le dépistage du SAHOS entre dans les protocoles de coopération ASALEE.

Ce protocole apparaît donc réalisable dans le cadre d'ASALEE, après formation des infirmier(e)s. On pourrait imaginer le schéma suivant.
- Repérage du risque de SAHOS par le médecin par les facteurs de risque du patient
- Évaluation du risque par l'infirmier(e) ASALEE avec les questionnaires spécialisés.
- Réalisation de la polygraphie au domicile du patient après pose du matériel par l'infirmier(e).
- Interprétation du résultats par un pneumologue avec réalisation si nécessaire d'une polysomnographie en laboratoire de sommeil.

Cette idée de protocole esr en cours d'élaboration dans un cabinet : « *On a un projet pour l'apnée du sommeil ! On est en relation avec un prestataire de service qui va nous former à la pose du matériel et c'est elle qui s'en occuperait sur son temps ASALEE.* »

Prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Le RéPPOP Midi-Pyrénées est le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Midi-Pyrénées [39]. Il s'adresse

- Aux enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans) de la région qui présentent un surpoids défini par un IMC supérieur au 97ème percentile des courbes françaises de référence.
- Aux partenaires de la région travaillant dans le champ médical, paramédical, social et éducatif qui souhaitent les aider et travailler de façon multidisciplinaire.

Depuis 2017 il propose des formations aux infirmières ASALEE. Il s'agit encore d'un protocole expérimental et non évalué.

Autres protocoles proposés par les médecins interrogés

L'IPS est déjà un protocole de coopération dans un cabinet médical du Languedoc Roussillon utilisant ASALEE, il s'agit d'un protocole « local » et expérimental. Le médecin était en effet déjà équipé du matériel nécessaire et a formé l'infirmière ASALEE à son utilisation. C'est également un projet de l'association ASALEE.

L'insuffisance cardiaque est également un protocole en cours d'élaboration par les équipes ASALEE.

Dépistage de certains cancers

Ce protocole était expérimental jusqu'à très récemment, et il est officialisé depuis début 2018.

Il concerne le dépistage du cancer du sein, cancer colo-rectal, et du cancer du col de l'utérus. Ainsi, depuis peu, les infirmier(e)s ASALEE peuvent participer à la sensibilisation des patients au dépistage, en effectuant des rappels directement au patient (soit au décours d'une consultation dans le cadre d'un autre protocole, soit si elle bénéficie d'une base de données fournie par l'assurance maladie comme expliqué dans l'entretien 10 (en annexe 5).

NB : ces informations ont été obtenues directement auprès d'une infirmière ASALEE, et objectivées après étude du logiciel contenant désormais un onglet spécifique au dépistage des cancers.

On constate une initiative des médecins dans la mise en place de nouveaux protocoles localement.

Conclusion

Cette étude a d'abord permis de mettre en évidence les déterminants d'orientation des médecins généralistes vers le protocole de coopération ASALEE en Languedoc-Roussillon.

Un problème de temps médical restreint et des difficultés de suivi ont été abordés. L'infirmier(e) ASALEE dispose du temps, et de la formation nécessaire, pour effectuer lors de ses consultations de l'éducation thérapeutique, le suivi et le dépistage des maladies chroniques suivantes : diabète de type II, patients à haut risque cardio-vasculaire, BPCO et troubles cognitifs. Le manque de matériel est aussi soulevé par les médecins. ASALEE fourni à chaque infirmier(e) ASALEE un matériel de spirométrie et un budget annuel est alloué au médecin pour équiper l'infirmier(e) ASALEE. Concernant le problème des délais de rendez-vous auprès des spécialistes et leur éloignement géographique, ASALEE permet de réaliser une grande partie des examens spécialisés au cabinet médical, dans des délais raisonnables et sans aucun frais pour le patient (ECG annuel, spirométrie, tests cognitifs...). La solitude face au patient est aussi une source de stress pour le médecin. L'infirmier(e) ASALEE offre la possibilité de travailler en équipe, d'avoir un autre regard sur le patient et le partage des tâches.

Puis, nous avons cherché à faire émerger leur appréciation d'usage d'ASALEE. Les médecins constatent une amélioration de la qualité des soins du patient, en ce qui concerne son éducation thérapeutique, son suivi médical, et ses paramètres de suivi (même si ce critère est moins évident pour les médecins). Cette impression se confirme avec les différentes études menées par l'IRDES [(9)] ou encore de bilan de l'HAS en 2014 [(10)]. Le travail en équipe est également très apprécié des médecins. Ils travaillent désormais de façon complémentaire avec l'infirmier(e) ASALEE : le médecin dans son rôle de prescripteur et superviseur, plus axé sur la partie médicamenteuse et les comorbidités, et l'infirmier(e) dans son rôle d'éducation thérapeutique, de suivi et de dépistage. Ils ont de bons retours de la part de leurs patients, qui apprécient le soutien supplémentaire apporté par l'infirmière, la relation qu'ils ont avec elle et la gratuité de la consultation. Une thèse est d'ailleurs en cours en Languedoc-Roussillon pour étudier précisément la question.

Quelques suggestions d'amélioration ont été mentionnées. Il existe un problème de double saisie des informations par l'infirmier(e) : d'abord dans le logiciel du médecin, puis dans le logiciel ASALEE. L'équipe ASALEE travaille actuellement à la généralisation de l'inter-opérabilité des systèmes pour tous les logiciels médicaux (cela étant déjà le cas pour nombre d'entre eux). Ensuite, la formation des infirmier(e) (bien que rémunérée et indemnisée au niveau

des frais logistiques) est centralisée à Paris et est assez longue, pouvant représenter un éventuel frein à l'extension d'ASALEE selon les médecins. De même il n'existe pas de formation spécifique proposée aux médecins, qui se sentent parfois un peu « désarmés » face aux ECG de suivi et aux courbes de spirométrie. L'orientation des patients n'est pas toujours systématisée dans les cabinets médicaux, et les médecins sont parfois confrontés à un manque d'adhésion de la part de leurs patients.

Plusieurs idées de protocoles ont été proposées : dépistage du syndrome d'apnée du sommeil, encouragement à l'activité physique, prise en charge de l'obésité de l'enfant, prise en charge psychologique, suivi vaccinal, mesure de l'IPS, et suivi de l'insuffisance cardiaque. Certains de ces protocoles étant déjà en cours d'élaboration par ASALEE, ou bien développés localement.

Il nous a semblé au fil des entretiens que les médecins participant au dispositif semble parfois mal informés sur certains points. Il existe un paradoxe entre la force d'évaluation d'ASALEE en continu, grâce au logiciel ASALEE offrant un recueil de données systématique, et la grande difficulté de nos médecins à évaluer l'évolution des paramètres de suivi. À l'inverse, l'infirmier(e) ASALEE est informé(e) mensuellement de ses résultats (en annexe 6). Il existait également des méconnaissances concernant la question de leur rémunération.

Au total, il s'agit d'un protocole de coopération original, avec d'excellents résultats médicaux-économique, mais également dans l'appréciation qu'en ont les médecins. Du fait de sa structuration en base de donnée, fournie de façon assidue, régulière et fiable, le " logiciel ASALEE " est un outil puissant et unique à ce jour en France pour l'évaluation chiffrée quantitative en soins primaires. Certains points restent à améliorer, comme l'inter-opérabilité des systèmes d'information, le repérage systématique des patients éligibles dans les dossiers médicaux et l'organisation de formations pour les médecins. L'information des médecins est aussi à développer, et leur adresser une copie du tableau de bord de l'infirmier(e) pourrait être une première étape.

Le protocole de coopération ASALEE est à l'origine d'initiatives locales et entre dans la dynamique des maisons de santé pluri-professionnelles. Face aux nombreuses inquiétudes sur la démographie médicale, il s'agit d'une solution intéressante, à l'origine d'une responsabilisation et valorisation des infirmier(e)s.

Bibliographie

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 51

2. BERLAND Y. Mission « démographie des professionnels de santé » 2002

3. BERLAND Y. Rapport «Transfert de Compétences» Mission «coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences » octobre 2003

4. BOURGUEIL Y. Rapport d'étude sur les conditions d'expérimentation et de faisabilité de la délégation de taches en cabinet de médecins de groupe dans la région Poitou Charentes. URML, 2003

5 . Grille du protocole de coopération ASALEE 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. Juillet 2010

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

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

8. Voeux du bureau ASALEE Pour l'année 2018.

9. BOURGUEIL Y., LE FUR P., MOUSQUÈS J. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques: évaluation médico- économique de l'expérimentation ASALEE. Paris, France : IRDES, 2008

10. HAS, Rapport d'activité sur les protocoles de coopération – article 51- 2014

11. DE KERVASDOUÉ J. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral : Analyse économique du dispositif ASALEE (Rapport final). CNAM, Avril 2010

12. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ AM, IMBERT P, LETRILLIART L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F, Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer. 2008

13. AGNÈS OUDE-ENGBERINK, BÉATRICE LOGNOS, BERNARD CLARY, MICHEL DAVID, GÉRARD BOURREL La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Revue Exercer. 2013

14. PAILLÉ P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012.

15. DELEAU-BOUGES E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale: installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de médecine générale sur le mode de la délégation de tâches. Thèse d'exercice en médecine, dirigée par GAUTIER J. Poitiers, France : Université de Poitiers, 2005

16. TARDITS E. Evaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. [Thèse de médecine].Université de Bordeaux; 2016.

17. VERNEUIL T. « Évaluation de l'efficacité du protocole ASALEE chez les patients diabétiques de la maison de santé Saint Éloi ». Thèse d'exercice, Université de Rouen, 2017.

18. PY R. « Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE: une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015 ». Thèse d'exercice, Université de Limoges. 2015.

19. DADENA E, SADER M, « Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients ». Université Toulouse lll - 2017.

20. HAU, V.. « Ressenti des médecins généralistes quant à l'utilisation du protocole BPCO d'ASALEE ». Thèse d'exercice, Université de Poitiers, 2016.

21. VEZIAN C.. « Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente ». Thèse d'exercice, Université de Poitiers, 2017.

22. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, Atlas de démographie médicale 2017

23. INSEE références, Tableau de l'économie Française édition 2017, Espérance de vie, Mortalité.

24. Données INVS Santé Publique France : http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete

25. Données INVS Santé Publique France http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires/L-hypertension-arterielle

26. HAS, Guide du parcours de soins Bronchopneumopathie Chronique obstructive juin 2014.

27. Données INVS Santé Publique France http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences

28. HAS - Synthèse, guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte. 2014

29. https://www.mediprostore.com/spirometre-usb-minispir-light.html

30. Ministère de la santé et des solidarités, Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 – 2010 « Connaître, prévenir et mieux

prendre en charge la BPCO ». 2004

31. IFOP, JALMA, L'observatoire de l'accès aux soins vague 2. Oct 2012

32. MONNERIE Evelyne, blog « soigner le stress » travail dans le cadre du Diplôme d'Université Gestion du stress et de l'anxiété de la Faculté de médecine et de l'Université Lille 2 sous la direction du docteur Dominique Servant

3 3 . HAS recommandations. Education thérapeutique du patient, définition, finalités et organisation, 2007

34. INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. 2013.

35. Livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III quatrième partie du Code de la Santé Publique.

36. HAS, Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) et simulation,

37. Collège des enseignants de pneumologie, Item 108 Troubles du sommeil de l'adulte. Mission pour la sécurité du patient. 2013

37. HAS recommandations « Place et conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil », mai 2012

38. TRIGOLET T. Prévalence du haut risque de SAHOS en médecine générale dans une population âgée de 18 a 70 ans. 2017

39. http://www.reppop-mp.fr/

Annexes

Annexe 1 : Critères d'inclusion du patient ASALEE [5]

Pour le suivi du diabète : patients dont le médecin généraliste est médecin traitant.

- diabétiques de type 2 avérés
- directement repérés dans les bases de données du cabinet, ou dépistés au cours d'une prise en charge au fil de l'eau, par deux glycémies successives à plus de 1,26 g/L

Pour le suivi cardio-vasculaire : patients dont le médecin généraliste est médecin traitant.

- âge > 45 ans pour les hommes, > 55 ans pour les femmes,
- antécédents familiaux,
- tabagisme actif ou arrêt de moins de 3 ans ;
- HTA certifiée ;
- hyperlipidémie ;
- HVG électrique;

Pour le suivi du patient à risque BPCO : patients dont le médecin généraliste est médecin traitant.

- patients tabagiques de plus de 40 ans,
- fumeurs et anciens fumeurs, ayant plus de 20 paquets.année pour les hommes et plus de 15 paquets.année pour les femmes.

Pour le repérage des troubles cognitifs : patients dont le médecin généraliste est médecin traitant.

- patients de plus de 75 ans
- personnes repérées par le réseau de vigilance médico-social dont un événement survenu dans l'environnement, dans ses habitudes de vie, dans son comportement, est susceptible d'évoquer un trouble cognitif

Annexe 2 : Détail des protocoles de coopération ASALEE [5]

Suivi du patient diabétique de type 2

- éducation thérapeutique,
- prescription et réalisation des électrocardiogrammes (ECG),
- prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds ;

Suivi du patient à risque cardiovasculaire

- prescription et réalisation des ECG ;
- Prescription d'auto-mesure tensionnelles

Suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),

- prescription, réalisation et interprétation de spirométrie ;
- éducation thérapeutique d'aide au sevrage tabagique.

Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées.

Annexe 3 : Courrier adressé aux médecins ASALEE

Le Jeudi 14 septembre 2017
à Castelnau-le-Lez

Objet : Proposition de participation à la réalisation d'une thèse en médecine générale

Madame, Monsieur,

Interne en médecine générale à la faculté de Montpellier, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon projet de thèse. Je travaille sur le dispositif ASALEE, et mon sujet porte sur les motivations et appréciations d'usage des médecins du dispositif (depuis un an ou plus) en Languedoc Roussillon. Ma directrice de thèse est le Docteur ROBACH Françoise, médecin généraliste exerçant à la Maison de Santé Pluri-disciplinaire de Saint Jean du Gard, elle même étant médecin ASALEE.

Le but de cette thèse est d'effectuer un état des lieux et d'évaluer qualitativement le dispositif ASALEE en Languedoc-Roussillon du point de vue du médecin généraliste.

L'étude prend la forme d'une enquête d'opinion. Il s'agit d' entretiens individuels dont la durée estimée est d'environ 45 minutes. Celui-ci sera enregistré afin de me permettre d'en effectuer une retranscription et une analyse complète. L'entretien et l'intégralité de vos réponses resteront anonymes.

Je vous serais extrêmement reconnaissante d'accepter de me consacrer un peu de votre temps.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, je vous remercie de répondre à ce message et je vous recontacterai par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.

Vous remerciant d'avance pour votre engagement, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Lucie PIETTE

Annexe 4 : Questionnaire aux médecins généralistes du réseau ASALEE

1) <u>Questions à visée épidémiologique</u>

1. Quel est votre âge, sexe ?
2. Dans quel milieu exercez-vous : urbain, semi-rural ou rural ?
3. Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) ?
4. Exercez-vous seul(e) ? En cabinet de groupe ?
5. Exercez-vous dans une MSP ?
6. Quel est le temps consacré à chacune de vos consultations en moyenne ?
7. Combien de patients en moyenne voyez-vous par jour ?
8. Depuis quand faites-vous partie du réseau ASALEE ?

2) <u>Questions relatives aux motivations du médecin et à la mise en place du réseau ASALEE</u>

1. Quelles étaient vos difficultés de prise en charge
   - des patients atteints de diabète de type II ?
   - des patients à haut risque cardio-vasculaire ?
   - des patients atteints de troubles cognitifs ?
   - des patients porteurs de BPCO ?
2. Comment avez-vous connu le réseau ASALEE ?
3. Aviez-vous des freins à la délégation de tâche ?
4. Pourquoi avez-vous souhaité adhérer à ASALEE?
5. Comment a été recruté(e) l'infirmièr(e) ASALEE ?
6. Avez-vous réalisé des aménagements logistiques (locaux, matériel) pour l'arrivée de l'infirmièr(e) ASALEE?

3) <u>Questions relatives au déroulement du dispositif ASALEE</u>

1. Qui sont les patients que vous adressez à l'infirmière ASALEE? Êtes-vous systématique ou bien faites-vous une sélection de patients parmi ceux concernés par le protocole ?

2. Participez-vous à des réunions organisées avec l'infirmier(e) ASALEE ?
3. Sinon pourquoi ? Si oui, a quel rythme ?
4. Si vous ne participez pas à ces réunions, comment communiquez-vous avec l'infirmière ASALEE ?
5. Quel est le temps accordé à ASALEE durant votre semaine de consultation ?
6. Ce temps est-il rémunéré ?
7. Que pensez-vous des annotations faites par l'infirmier(e) ASALEE dans le dossier médical ?

4) <u>Questions relatives à l'appréciation d'usage du réseau ASALEE</u>

1. Comment a évolué l'éducation thérapeutique de vos patients ASALEE ?
2. Comment a évolué le suivi des patients ASALEE (consultations cardiologiques, ophtalmologiques, suivi biologique etc?)
3. Quelle est votre impression sur l'évolution des paramètres classiques de suivi (d'HBA1c, Cholestérol, HTA, poids) chez les patients ASALEE?
4. Quels retours avez-vous de vos patients ?
5. Comment se passe la collaboration avec l'infirmière ASALEE ?
6. Que pensez-vous personnellement des réunions avec l'infirmière ASALEE ?
7. Pensez-vous que votre rôle a changé dans la prise en charge du patient ASALEE ?
8. Avez-vous des réserves ?

5) <u>Et pour l'avenir</u>

1. Quels sont vos propositions d'amélioration ?
2. Avez-vous des idées et souhaits de nouveaux protocoles ?
3. Faites-vous la promotion du réseau ? Si oui de quelle façon ?
4. Avez-vous d'autres remarques à faire sur ASALEE ?

Annexe 5 : Entretien numéro 10

1) Questions à visée épidémiologique

1. Quel est votre âge, sexe ?
   J'ai 35 ans, je suis une femme.
2. Dans quel milieu exercez-vous : urbain, semi-rural ou rural ?
   Semi-rural.
3. Depuis combien d'années êtes-vous installée?
   Depuis 7 ans, collaboration comprise !
4. Exercez-vous seule ? En cabinet de groupe ?
   En groupe.
5. Exercez-vous dans une MSP ?
   Non, cabinet de médecins généralistes.
6. Quel est le temps consacré à chacune de vos consultations en moyenne ?
   On va dire 13 minutes ! Parce que je prends tous les quarts d'heure, mais j'ai toujours une urgence qui se greffe au milieu...
7. Combien de patients en moyenne voyez-vous par jour ?
   C'est dur à dire, c'est variable, un lundi on va dire 35, après une demi-journée, à peu près 20...
8. Depuis quand faites-vous partie du réseau ASALEE ?
   Ça fait depuis avril 2016 !

2) Questions relatives à la mise en place du réseau ASALEE

1. Quelles étaient vos difficultés de prise en charge
   - des patients atteints de diabète de type II ?

Alors les difficultés c'était... le suivi alimentaire ! Leur faire comprendre que l'alimentation était importante dans le diabète et qu'il n'y avait pas que les médicaments.
Et aussi comme on connaît beaucoup le patient, et qu'on le voit tous les trois mois, on a une certaine routine qui s'installe ! Et c'est agréable d'avoir ASALEE pour ça, car elle a un autre regard ! Elle a une approche différente, et en plus elle elle part de zéro ! Alors que moi je les connais depuis longtemps mes patients.
Et puis elle peut leur accorder du temps, ce que moi je n'ai pas toujours ! Entre les urgences qui

se rajoutent, le téléphone au milieu des consultations...on est tellement sollicité qu'on va pas toujours au fond des choses !
L'examen des pieds je le faisais mais je ne le notais pas forcément dans le dossier ! Le suivi est assez difficile pour ça, même si ça va mieux depuis notre nouveau logiciel, mais avec ASALEE maintenant tout est noté dans le dossier, c'est nickel, je sais mieux où j'en suis ! J'ai pas besoin de fouiller à droite à gauche...
Et puis bon, quand ils viennent, c'est censé être pour le renouvellement, mais en fait ils ont tout pleins d'autres problèmes à côté !!! Donc le temps de régler tout ça, le suivi passe en dernier et est un peu négligé forcément...
Et puis nous on est dans un territoire viticole, avec un problème de proximité et de délai des spécialistes donc l'infirmière a permis de faire le lien, elle rappelle les rendez-vous aux gens. Sur certains patients fragiles et isolés, en difficultés on a vraiment pu mettre des choses en place.

- des patients à haut risque cardio-vasculaire ?

Alors ça je n'ai pas trop ressenti de difficultés particulières, mais bon on peut quand même parler de la prise en charge nutritionnelle. Parce que dire aux gens de ne pas manger salé c'est une chose mais en fait il faut creuser ! Parce qu'on se rend compte qu'ils mangent des olives etc... donc j'avais pas forcément le temps de bien faire le point là dessus.
Après sur les automesures on pratique un peu...
L'ECG nous on l'a pas mis en place. Car je me sens capable d'éliminer une urgence, mais après aller pinailler sur un trouble du rythme alors que ce n'est pas mon fort, j'ai trop peur de passer à côté de quelque chose. Après si on a une formation, que j'en fais beaucoup pourquoi pas ! Mais aujourd'hui je me sens pas assez capable de conclure qu'il est normal.

- des patients atteints de troubles cognitifs ?

Alors là je n'avais pas de soucis particuliers sur le dépistage, je faisais les MMS même si c'était un peu chronophage, et puis au moins c'est valorisé au niveau de la rémunération. Je m'organisais, je faisais ça en visite, mais bon c'est vrai que ça prend beaucoup de temps ! Elle elle prend une heure, moi je faisais ça en 20 minutes, donc c'est mieux. Après c'est bien qu'ASALEE puisse faire une deuxième consultation pour faire le lien avec les aidants, l'équipe de soin Alzheimer...

- des patients porteurs de BPCO ?

BPCO... et bien c'était leur montrer qu'il y avait une maladie ! La spirométrie pour l'instant on n'est pas encore au point parce que la machine marche pas trop, mais elle a le test de mesure du CO, et ça ça leur permet de voir que le taux est élevé et donc ça les encourage à arrêter de fumer.
Après l'autre problème avec les BPCO c'est que pour les envoyer chez le pneumo il y a 4-6 mois d'attente ! Souvent ils se démotivent et baissent les bras.

2. Comment avez-vous connu le réseau ASALEE ?

Sur l'hôpital de Carcassonne ils organisent des formations et ils ont présenté les différents réseaux d'aide qui existaient. Et il y avait ASALEE qui était présenté. C'est là que V. (notre infirmière) s'est levée et a demandé à faire la formation. A la fin de la présentation je suis allée la voir et on s'est rencontré comme ça !

3. Aviez vous des freins à la délégation de tâche ?

Non aucun !

4. Pourquoi avez vous souhaité adhérer à ASALEE?

Alors en quelques phrases (rires) !
Parce que je trouvais intéressant de travailler avec une tierce personne, notamment infirmière car je trouve qu'elle a une approche différente.
Le fait qu'elle fasse que de l'éducation thérapeutique, du dépistage et donc pas de soin...
Ah oui et aussi que ça soit au sein du cabinet !! Car les patients y sont à l'aise, c'est moins compliqué de venir là...ça enlève un frein !
C'est vraiment agréable de travailler à deux sur des patients où on est bloqué, où on n'arrive pas...et du coup elle prend bien le temps avec eux.
Et puis ASALEE maintenant il y a des réunions nationales, ça se développe, il y a plein de possibilités à développer !
Après nous avec Veronique on a commencé à travailler sur l'obésité de l'enfant, j'ai fait la formation, on va travailler avec la diététicienne. C'est très enrichissant !

5. Comment a été recrutée l'infirmière ASALEE ? (cf question 2)

6. Avez-vous du réaliser des aménagements logistiques (locaux, matériel) ?

Non pas vraiment.. ah si on a acheté un tensiomètre pour les auto-mesures. Non après elle

amène son matériel. Et elle utilise les codes des secrétaires pour le logiciel.

3) Questions relatives au déroulement du dispositif ASALEE

1. Qui sont les patients que vous adressez à l'infirmière ASALEE?

J'envoie aussi bien les patients qui ont des difficultés que les découvertes de diabète.
J'essayais au début de proposer assez systématiquement, mais au début j'ai eu des refus, je pense parce que je ne présentais pas bien la chose. J'essaie de l'amener sur plusieurs consultations et ça passe beaucoup mieux.
Après quand ils ont une HBA1c parfaite, que les gens travaillent, ils ont pas forcément le temps, je propose pas toujours.
Mais quand je suis en difficulté, que le patient prend mal ses médicaments, ne fait pas son suivi, j'ai tendance à proposer !
Quand il y a des problèmes de cholestérol, obésité j'envoie aussi, et si le patient souhaite arrêter de fumer aussi.

2. Participez vous à des réunions organisées avec l'infirmière ASALEE ?

Oui alors la première année on arrivait à le faire une fois par semaine, mais là depuis cet été, depuis mon congé maternité, j'ai réaménagé mon emploi du temps et donc maintenant on fait ça entre deux bureaux ! (rires)
Avant on faisait le point pour tous les patients qu'elle avait vus, maintenant on voit seulement ceux qui posent problème. Et aussi on communique par post it sur le logiciel !

3. Quel est le temps accordé à ASALEE durant votre semaine de consultation ?

À peu près 20 minutes !

4. Ce temps est il rémunéré ?

Alors oui, elle note le temps qu'on passe ensemble et elle le renvoie à ASALEE, et donc on doit faire un certain temps de coordination...
Et puis maintenant ça entre dans les ROSP !

5. Que pensez-vous des annotations faites par l'infirmière ASALEE dans le dossier médical ?

Bah très bien ! On en a discuté pour savoir ce qu'elle devait nous notifier. Elle nous marque les

difficultés mais surtout les objectifs que le patient s'est fixé. Cela nous permet de rebondir dessus lors de notre consultation avec le patient.

4) Questions relatives à l'appréciation d'usage du réseau ASALEE

1. Comment a évolué l'éducation thérapeutique de vos patients ASALEE ?

Oh ça c'est chaud comme question ! (rires) Je vois qu'ils adhèrent bien au projet, qu'ils se fixent des objectifs.. Je pense par exemple à une patiente diabétique avec laquelle je me battais pour qu'elle se chausse correctement ! Maintenant elle arrive en consultation avec ses chaussures CHUT ! Ce sont des petites victoires mais à deux on y arrive mieux. Maintenant on va essayer de la faire marcher !
Et puis notre infirmière organise même des petites sorties marche avec plusieurs patientes ! Cela les stimule, et même parfois c'est le patient qui en a entendu parler, et qui demande à aller marcher avec elle ! Et je trouve qu'elle a contribué à rompre l'isolement grâce à ça !

2. Comment a évolué le suivi des patients ASALEE (consultations cardiologiques, ophtalmologiques, suivi biologique etc?)

Alors elle m'aide beaucoup dans la tenue des dossiers, j'étais pas toujours systématique. Parfois elle les aide à prendre les rendez-vous. Donc elle vérifie le suivi mais aussi elle contribue à ce qu'il se réalise correctement !

3. Quelle est votre impression sur l'évolution des paramètres classiques de suivi (d'HBA1c, Cholestérol, HTA, poids) chez les patients ASALEE?

Alors HBA1c c'est facile à suivre grâce au logiciel... ah j'ai l'exemple d'un routier qui était complètement déséquilibré, et elle l'a suivi par téléphone ! Il est parti de 10 et il est arrivé à 7 ! Bon bien sûr j'avais un peu arrangé le traitement mais elle a véritablement fait un super boulot ! Lui il était super content ! Mais ça a duré presque une année...
Pour l'HTA c'est très variable, je sais pas ...
Pour le poids oui ! On avait suivi un enfant obèse diabétique de type 1, et là il n'est plus en stade obésité, mais en surpoids.
Le cholestérol c'est difficile je saurai pas te dire...

4. Quels retours avez-vous de vos patients ?

Très bon ! Ils retournent souvent la voir. Elle fait vraiment partie du suivi maintenant. Après je

pense que c'est infirmière dépendante ! La nôtre est géniale !!!
Tous mes collègues sont jaloux ! (rires)
C'est un temps d'écoute qu'on ne peut pas toujours leur accorder et ça fait ressortir des éléments dont les patients ne nous parlaient pas, elle a un gros rôle psychologique.
Ça permet de débloquer des situations, on avance mieux !

5. Comment se passe la collaboration avec l'infirmière ASALEE ?

Et bien très bien ! Elle est super !

6. Que pensez-vous personnellement des réunions avec l'infirmière ASALEE ?

C'est super enrichissant ! On apprend beaucoup de choses sur nos patients !

7. Pensez-vous que votre rôle à changé dans la prise en charge du patient ASALEE ?

J'ai pas vraiment changé ma façon de travailler...non... mais grâce aux annotations je vais plus vite comme je te disais tout à l'heure, et puis quand elle a vu les pieds je le fais pas derrière.
Et aussi on n'a pas parlé du dépistage du cancer colo rectal et mammographie mais la sécu nous a communiqué la liste des patients qui n'avaient pas fait leur dépistage et donc j'ai fait le tri et j'ai donné la liste à l'infirmière, elle a rappelé tout le monde ! Ce que je n'aurai pas pu faire... et puis elle rentre les résultats dans les dossiers.

8. Avez-vous des réserves ? *Non..*

5) **<u>Et pour l'avenir</u>**

1. Quelles sont vos propositions d'amélioration ?

En fait on améliore localement ! On construit des projets ...comme l'obésité chez l'enfant par exemple !

2. Avez-vous des idées et souhaits de nouveaux protocoles ?

On a un projet pour l'apnée du sommeil ! On est en relation avec un prestataire de service qui va nous former à la pose du matériel et c'est elle qui s'en occuperait sur son temps ASALEE.
L'obésité de l'enfant c'est à développer aussi.
L'activité physique.. avec le prêt de podomètre...
Et sinon donner à chaque patient ASALEE un petit carnet de suivi avec son poids, ses HBA1c,

TA etc...

3. Faites-vous la promotion du réseau ? Si oui de quelle façon ?

Oui en parlant, en expliquant notre travail avec elle, ce qu'elle nous apporte...à mes confrères oui ! Et puis pendant les congrès.

4. Avez-vous d'autres remarques à faire sur ASALEE ?

Non je crois que j'ai tout dit ! (rires)

Annexe 6 : Exemple d'un « tableau de bord » mensuel des infirmier(e) ASALEE

Docteur(s) :	
Infirmière(s) :	
Localisation :	
Mois concerné(s) :	11/2017

Asalée
Action de santé libérale en équipe

Répartition de l'activité

Temps passé	journée	%
consultation	8.86	60.1 %
gestion dossier	1.39	9.46 %
concertation	0.71	4.84 %
formation	1.63	11.09 %
contribution Asalée	2.14	14.51 %
non attribué	0	0 %
total	14.73	100 %

Actes dérogatoires

Total	22
presc. et réal. spirométrie	1
presc. et réal. troubles cognitifs	0
presc. et réal. ECG	14
presc. et réal. exam. du pied	2
presc. et réal. exam. du pied monofilament	3
presc. autres examens de suivi de diabète	2

Nbre examens intégrés dans la période

Nb examens saisis ou intégrés	238
Nombre d'examens de la période	176

Analyse activité consultation

Jours d'activité retenus :	10.96
(= consultation + gestion dossier + concertation + non attribué)	
Nombre de consultations :	68
Consultations par jour :	6.20
Rapport à l'objectif :	103.41 %

Patients vus par protocole

Total	53
dépistage diabète	2
suivi diabète	30
suivi rcva y compris automesure	13
repérage troubles cognitifs	2
repérage bpco	0
campagne dépistage cancer	0
sevrage tabagique	5
autres types	5
dont patient multiprotocole	3

Nouveaux patients

Nouveaux patients de la période	13
Proportion de nouveaux patients	24.07 %

Evolution HBA1c

	Nombre de consultations :	1ère	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème
Patients avec HBA1c > 7% avant la 1ère consultation	HBA1c avant	8.17	8.17	8.17	8.13	8.05	7.94
	HBA1c après	7.66	7.64	7.56	7.48	7.57	7.62
	Evolution	-6.24 %	-6.49 %	-7.47 %	-8.00 %	-5.96 %	-4.03 %

Evolution LDL

	Nombre de consultations :	1ère	2ème	3ème
Patients avec LDL > 1,3% avant la 1ère consultation	LDL avant	1.75	1.66	1.65
	LDL après	1.54	1.48	1.42
	Evolution	-12.00 %	-10.84 %	-13.94 %

Evolution tension

Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 1 consultation	56 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 2 consultations	77 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 3 consultations	77 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 4 consultations	44 %

Exploration Fonctionnelle Respiratoire - EFR

Nbre de spirométrie par patient unique	16
Taux de patients tabagiques ayant fait l'objet d'une EFR	3.70 %

Repérage des troubles cognitifs

Nb dépistages troubles cognitifs par patient unique	27
Taux de patients âgés auxquels a été administré un test des troubles cognitifs	7.50 %

Potentiel

Nombre total de patients	2400
Nombre de patients diabétiques de type 2	150
Nombre de patients à risque cardio-vasculaires y compris automesure	450
Nombre de patients éligibles au protocole Bpco	432
Nombre de patients éligibles aux repérages troubles cognitifs	360

Annexe 7: Fiche d'aide au montage du projet d'installation d'une équipe ASALEE Occitanie

NOM : Prénom :

Fonction et exercice actuel : Date du DEI :

Lieu du projet ASALEE :

Temps de travail envisagé : % en salariat □ en libéral □

Début d'exercice envisagé :

Comment avez-vous connu ASALEE ?

Avec qui avez-vous le premier contact téléphonique ?

Infirmier ASALEE :

Médecin ASALEE :

Avez- vous réalisé une demi-journée de découverte ?

Non

Oui où ? Auprès de qui ?

Une réunion de présentation du protocole ASALEE sur votre secteur géographique a-t-elle eu lieu ou est-elle prévue ?

Non

Oui Date :

Assurée par qui ?

Qui était (ou sera) présent ?

Construisez et décrivez le montage de votre projet de coopération ASALEE.

Vous auriez le projet de mettre en place une coopération ASALEE avec les médecins généralistes suivants :

Dr exerçant sur = 20% soit 7h/sem

Qui serait intéressé(e) par les protocoles :

DT2

RCVA

Dépistages troubles cognitifs

Dépistages des cancers

Autre : ……..

Dr exerçant sur = 20% soit 7h/sem

Qui serait intéressé(e) par les protocoles :

DT2

RCVA

Dépistages troubles cognitifs

Dépistages des cancers

Autre : ……..

Dr exerçant sur = 20% soit 7h/sem

Qui serait intéressé par les protocoles :

DT2

RCVA

Dépistages troubles cognitifs

Dépistages des cancers

Autre : ……..

etc...

Soit une activité à

% soit 35h

Théoriquement, une collaboration avec 5 MG correspond à un 100% pour un IDE ASALEE.

Vous choisiriez un statut d'infirmier en activité :

Salariée

Libérale

Vous avez abordé les sujets sur les conditions d'installation en exercice ASALEE avec les MG au cabinet :

Mise à disposition d'un bureau :

Mise à disposition d'un ordinateur connecté à Internet

Accès au logiciel médical : Nom du logiciel :

Secret médical partagé

Date de début d'exercice ASALEE : le

Jour et horaires des consultations infirmières envisagés :

Informations auprès des médecins généralistes :

Vous pouvez les inviter à prendre contact avec le … Médecin coordinateur ASALEE Occitanie par mail à l'adresse suivante :… afin qu'ils puissent avoir un échange de médecin à médecin et être identifiés géographiquement.

Envoyez par mail à contact(numéro de département)@asalee.fr votre dossier constitué de :

Cette fiche de montage de projet d'une équipe ASALEE dûment remplie

Un curriculum vitae

Une lettre de motivation idéalement co-écrite avec les médecins en précisant les NOMS, prénoms et adresses mail et lieu avec adresse d'exercice.

Votre dossier complet sera transmis par l'IDSP référente de votre département à une des infirmières de l'équipe nationale « support de recrutement » :

Votre projet est alors présenté avec les pièces jointes transmises et discuté en commission hebdomadaire qui émet un avis. Si le projet est retenu, la validation du médecin coordinateur régional est demandée avant de vous convier en formation.

Après validation de votre dossier de projet, vous recevrez un accord de démarrage de la formation par … Délégué Général ASALEE ou un des ingénieurs ASALEE par mail.

Une IDE « Organisatrice de compagnonnage » selon votre département, vous contactera par mail pour établir votre plan de formation et votre compagnonnage ASALEE

Présentation de l'organisation des temps de formation :

Formation « Protocole » 3 jours consécutifs à Paris

Formation ETP1 3 jours consécutifs à Paris

Travail ETP inter-modulaire : période de 6 semaines (si possible)

Formation ETP2 : 3 jours consécutifs

Journées de compagnonnage : 3 journées consécutives ou non auprès de 3 IDE différentes, selon capacité d'accueil, selon votre département d'installation, idéalement selon votre futur logiciel médical du cabinet.

Prise en charge financière de la formation et informations logistiques:

Transport voiture, train ou avion +/- taxi ou métro pris en charge (conservez les justificatifs)

Repas pris en charge (conservez les justificatifs)

Nuits d'hôtel prises en charge directement par ASALEE

Contrat de travail en mode salariat ou libéral assuré par … à Paris lors des formations ou par mail.

Rémunération des heures de formation avec le premier bulletin de salaire

Tracez votre calendrier de formations :

Dates : Formation « Protocoles » 3 jours consécutifs

Dates : Formation ETP1 3 jours consécutifs

Dates : Formation ETP2 : 3 jours consécutifs

Feuille de route de compagnonnage établie par département et suivie pour le Tarn par :

Qui vous communiquera par téléphone (ou par mail) les coordonnées de 3 infirmiers ayant accepté de vous accueillir en compagnonnage. **Vous devrez les contacter pour définir les dates qui conviennent mutuellement :**

Compagnonnage J1 avec……..

à …… ……..de …..h à …….h.

Compagnonnage J2 avec……..

à …… ……..de …..h à …….h.

Compagnonnage J3 avec……..

à …… ……..de …..h à …….h.

Seront joints les deux documents :

□ support de compagnonnage (cheminement des acquis au cours des 3 journées de compagnonnage)

□ rapport de compagnonnage à compléter par l'infirmier en formation et son compagnonnant.

A l'issue des trois journées de compagnonnage, vous ferez un rapport de fin de compagnonnage par écrit sur la fiche annotée de vos remarques et lacunes : ex : « n'a pas assisté à des tests cognitifs »….

Vous la retournerez par mail à la référente de l'équipe « Support de post-compagnonnage » pour la région Sud-Ouest :

A réception de votre rapport de compagnonnage, elle vous téléphonera pour **un temps d'échange sous 8 jours puis 2 mois**.

Vous pourrez vous lancer et vous appuyer sur l'aide de vos collègues ASALEE qui vous retrouverez toutes les 6 à 8 semaines en réunions de secteur obligatoires.

A bientôt… Bon montage de projet !

Nous restons à votre écoute.

ANNEXE 8 : Tous les entretiens sur CDRom

Résumé

INTRODUCTION : ASALEE est un protocole de coopération entre des médecins généralistes et des infirmier(e)s axé sur l'éducation thérapeutique, le dépistage et le suivi de maladies chroniques (diabète de type II, risque cardio-vasculaire, BPCO et troubles cognitifs). L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les déterminants d'orientation et l' appréciations d'usage des médecins généralistes participant au dispositif ASALEE en Languedoc Roussillon.

METHODE : Étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des médecins généralistes participant au dispositif depuis plus d'un an en Languedoc Roussillon.

RESULTATS : Tout d'abord, notre travail a révélé les déterminants d'orientation du médecin généraliste vers ASALEE : problème de temps médical, de complexité du suivi des maladies chroniques, et de solitude dans la prise en charge du patient. Puis, nous avons mis en évidence les bénéfices apportés par ASALEE : amélioration de la qualité des soins, travail en équipe et satisfaction des patients. Des propositions d'amélioration ont été formulées. Il existe dans certains cas un problème de double saisie des informations par l'infirmier(e), à la fois dans le logiciel du cabinet, et dans le logiciel ASALEE. L'orientation des patients se fait dans la majorité des cas au fil des consultations et il n'y a pas de systématisation du recrutement. Des idées de nouveaux protocoles ont émergé : dépistage du syndrome d'apnée du sommeil, encouragement à l'activité physique, prise en charge de l'obésité de l'enfant.

CONCLUSION ***:*** Il s'agit d'un protocole de coopération original, avec d'excellents résultats médicaux-économiques, mais également dans l'appréciation qu'en ont les médecins. Il répond à des problématiques comme la baisse de la démographie médicale, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Le protocole de coopération ASALEE est à l'origine d'initiatives locales et entre dans la dynamique des maisons de santé pluri-professionnelles.

Mots clefs : ASALEE ; protocole de coopération ; délégation de tâche ; déterminants d'orientation ; appréciation d'usage ; médecin généraliste ; infirmier(e)

Serment d'Hippocrate

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

INTRODUCTION : ASALEE est un protocole de coopération entre des médecins généralistes et des infirmier(e)s axé sur l'éducation thérapeutique, le dépistage et le suivi de maladies chroniques (diabète de type II, risque cardio-vasculaire, BPCO et troubles cognitifs). L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les déterminants d'orientation et l' appréciations d'usage des médecins généralistes participant au dispositif ASALEE en Languedoc Roussillon.

METHODE : Étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des médecins généralistes participant au dispositif depuis plus d'un an en Languedoc Roussillon.

RESULTATS : Tout d'abord, notre travail a révélé des déterminants d'orientation du médecin généraliste vers ASALEE : problème de temps médical, de complexité du suivi des maladies chroniques, et de solitude dans la prise en charge du patient. Puis, nous avons mis en évidence les bénéfices apportés par ASALEE : amélioration de la qualité des soins, travail en équipe et satisfaction des patients. Des propositions d'amélioration ont été formulées. Il existe dans certains cas un problème de double saisie des informations par l'infirmier(e), à la fois dans le logiciel du cabinet, et dans le logiciel ASALEE. L'orientation des patients se fait dans la majorité des cas au fil des consultations et il n'y a pas de systématisation du recrutement. Des idées de nouveaux protocoles ont émergé : dépistage du syndrome d'apnée du sommeil, encouragement à l'activité physique, prise en charge de l'obésité de l'enfant.

CONCLUSION : Il s'agit d'un protocole de coopération original, avec d'excellents résultats médicaux-économiques, mais également dans l'appréciation qu'en ont les médecins. Il répond à des problématiques comme la baisse de la démographie médicale, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Le protocole de coopération ASALEE est à l'origine d'initiatives locales et entre dans la dynamique des maisons de santé pluri-professionnelles.

Mots clefs : ASALEE ; protocole de coopération ; délégation de tâche ; déterminants d'orientation ; appréciation d'usage ; médecin généraliste ; infirmier(e)