UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aurélien PRATO

le 16 juin 2011

COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

ÉVALUATION QUALITATIVE DE ASALÉE VOSGES PAR LA MÉTHODE DES FOCUS GROUP APRÈS DEUX ANS D'EXPÉRIENCE.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER	Président
M. le Professeur Serge BRIANÇON	Juge
M. le Professeur Yves JUILLIERE	Juge
M. le Docteur Patrick BASTIEN	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1er Cycle :	**Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

========

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER
Professeur de Nutrition

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.
Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Yves JUILLIÈRE
Professeur de Cardiologie et Maladies vasculaires

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.
Recevez ici toute notre reconnaissance.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Patrick BASTIEN
Médecin généraliste à Gérardmer

Pour votre disponibilité, votre écoute et pour votre accompagnement dans notre travail,
Pour notre apprentissage de la médecine générale au sein de votre cabinet,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre amitié.

AUX MÉDECINS QUI ONT PARTICIPÉ À MA FORMATION

Au Docteur René THIEL
Médecin généraliste et Maitre de stage à Gérardmer

Vous m'avez accueilli au sein de votre cabinet, vous m'avez enseigné la médecine de famille. Apprendre à vos côtés la richesse de ce métier a été une chance et un honneur. Merci pour votre engagement dans l'enseignement, la qualité et l'humanisme de votre pratique.

Au Docteur Yvonnick CLÉMENCE
Médecin généraliste et Maitre de stage à Remiremont

Merci pour votre enseignement de la médecine générale.

Aux médecins vosgiens qui participent à l'aventure ASALÉE :
Docteurs Étienne CURIEN, Alain PETIT, Philippe REMY, Marie-Hélène COUVAL, Jean-Pierre KOCH, Thierry GÉHIN et Jean-Luc VIRY

Grâce à vous, j'ai pu réaliser cette thèse, merci d'avoir consacré de votre temps pour y participer. Merci pour votre engagement dans l'enseignement.

Aux praticiens hospitaliers

Mes stages hospitaliers ont été source d'expériences qui enrichissent ma pratique libérale. Merci pour votre accompagnement.

À MA FAMILLE ET MES AMIS

À Camille

Pour le chemin déjà parcouru ensemble, et celui qui reste à parcourir.

À mes parents, Dominique et Jacques,

À mon frère, Benjamin et ma belle-sœur, Emmanuelle,

Pour votre soutien, votre écoute, vos encouragements permanents.

À mes grands parents, Jeanne, Madeleine et Dominique,

Pour la joie de vous compter à mes côtés.

À mon grand père paternel, Maurice,

Dont j'aurai aimé la présence ce jour.

À ma belle-famille,

Pour votre accueil et votre bienveillance.

À toute ma famille.

À mes camarades pour ces longues études partagées, Benoît, Cécile, Cécile, Claire, Emmanuel, Jean-Baptiste, Julien, Maxime, Nicolas, Pierre-Philippe, Romuald, Yves (et ceux que j'oublie…)

À mes amis, Marc, Pedro, Rémy et tous les autres…

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **8**

SERMENT **12**

TABLE DES MATIERES **13**

LISTE DES ABREVIATIONS **17**

INTRODUCTION **18**

PRESENTATION D'ASALEE VOSGES **19**

I. DEFINITIONS : COOPERATION ET DELEGATION **19**

II. PREAMBULE **20**

III. HISTORIQUE **20**

III.A. NAISSANCE DU PROJET 20

III.B. EXTENSION VOSGIENNE 21

III.B.1. L'expérience passée 21

III.B.2. L'adhésion vosgienne 22

IV. OBJECTIFS **23**

IV.A. AMELIORER LA QUALITE DU SERVICE RENDU 23

IV.B. REPONDRE A L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE DE SOINS 23

V. ORGANISATION **23**

V.A. LES DIFFERENTS POLES 23

V.A.1. La maison médicale d'Épinal 24

V.A.2. La maison médicale de Gérardmer 24

V.A.3. Le pôle de santé du sud des Vosges 24

V.B. LES DIFFERENTS ACTEURS 25

V.B.1. Le médecin généraliste 25

V.B.2. Les infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) 26

V.B.3. L'interne de médecine générale 27

VI. MOYENS **29**

VI.A. COLLABORATION 29

VI.B. AMELIORATION DE LA GESTION DU DOSSIER MEDICAL INFORMATISE 30

VI.B.1. Généralités 30

VI.B.2. Extraction des populations cibles et uniformisation des dossiers 30

VI.B.3. Gestion des alertes 31

VI.B.4. Portail Extranet sécurisé 31

VI.C. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) 31
VI.C.1. Définition 31
VI.C.2. ETP individuelle 32
VI.C.3. ETP de groupe 33
VI.D. SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES 33
VI.E. ACCOMPAGNEMENT DE L'AUTOMESURE TENSIONNELLE 34
VI.F. DEPISTAGE 35
VI.F.1. Généralités 35
VI.F.2. Dépistage collectif 35
VI.F.3. Dépistage individuel : cancer du col de l'utérus 36
VI.F.4. Rôle de l'IDSP 36
METHODOLOGIE 38
I. PRESENTATION DE LA METHODE 38
I.A. LA RECHERCHE QUALITATIVE EN MEDECINE GENERALE 38
I.B. LE FOCUS GROUP 38
I.C. CHOIX DE LA METHODE 40
II. CARACTERISTIQUES DU FOCUS GROUP ASALEE 40
II.A. PARTICIPANTS 40
II.A.1. Les acteurs médicaux de ASALÉE 40
II.A.2. Le modérateur 40
II.A.3. L'observateur 40
II.B. GUIDE D'ENTRETIEN 41
II.C. ORGANISATION DE LA SEANCE 42
II.C.1. Prise de contact 42
II.C.2. Choix d'un lieu 42
II.C.3. Déroulement de la séance 43
II.D. ANALYSE DES ENTRETIENS 43
II.D.1. Transcription des données 43
II.D.2. Analyse des données 43
RESULTATS : ANALYSE DES ENTRETIENS 44
I. LES MOTIVATIONS POUR PARTICIPER AU DISPOSITIF 44
I.A. L'EXPERIENCE EN ETP 44
I.B. UN BESOIN DE COLLABORER, COOPERER ET DELEGUER DES TACHES 46
I.C. L'ASPECT NOVATEUR 47
I.D. LE TRAVAIL EN GROUPE 48
I.E. UNE MOTIVATION QU'IL FAUT A TOUTE EPREUVE 50
II. ASALEE AU QUOTIDIEN 53

II.A. UNE MEILLEURE GESTION DU DOSSIER INFORMATIQUE 53
II.B. LA SUPERVISION DES DOSSIERS 55
II.B.1. La supervision permet une amélioration des pratiques 55
II.B.2. Mais, la supervision est aussi un obstacle intellectuel à l'expansion de ASALÉE 57
II.C. LA DELEGATION DE TACHES 58
II.C.1. Une délégation intéressante mais une gêne initiale vis-à-vis des patients 58
II.C.2. Gain de temps sur les automesures tensionnelles 59
II.C.3. Amélioration de la qualité du service médical rendu et du recueil de l'information 61
II.C.4. Une disparité dans le recours à la délégation 63
II.C.5. Une délégation vue d'un mauvais œil par les infirmières libérales 64
II.C.6. La méthodologie de l'ETP à revoir ? 65
II.D. OBSERVANCE 67
II.D.1. Difficultés à l'inclusion des patients 67
II.D.2. Des difficultés à maintenir les patients motivés et adhérents au projet 69
II.D.3. Des propositions de solution pour une meilleure observance 71
III. L'ORGANISATION 75
III.A. ASPECT FINANCIER 75
III.A.1. ASALÉE est un surcoût financier pour certains médecins participants 75
III.A.2. Ce surcoût est prêt à être accepté compte tenu des services rendus 77
III.A.3. Des propositions pour trouver des solutions financières 78
III.B. COORDINATION 81
III.B.1. La place de l'interne est fondamentale… 81
III.B.2. … mais n'est pas suffisante 82
III.C. RESSOURCES HUMAINES OU LA GESTION DE L'IDSP 83
III.C.1. La formation de l'IDSP 83
III.C.2. Des difficultés à trouver sa place, un poste difficile 85
III.C.3. Un problème de recrutement 85
III.D. ASPECT LOGISTIQUE 87
III.D.1. ASALÉE Vosges est scindé en deux entités : Gérardmer d'une part, le pôle sud vosgien 'éclaté', d'autre part. 87
III.D.2. La dynamique de la maison médicale facilite le développement de ASALÉE 87
III.D.3. Le groupe 'éclaté' éprouve plus de difficultés de fonctionnement vis-à-vis de leurs collègues géromois 88
III.D.3.a. Une géographie disparate non avantageuse 88
III.D.3.b. Les difficultés d'adaptation et de disponibilité pour l'IDSP 89
III.D.3.c. Une absence d'échange secondaire à l'éloignement respectif des médecins 90
III.D.3.d. Une prise de conscience entre les disparités des deux sites 94
III.D.3.e. Une solution possible ? 95
IV. VISION GLOBALE DU PROJET 97

IV.A. LA SATISFACTION 97
IV.A.1. Des médecins 97
IV.A.2. Des patients (vue par les médecins) 98
IV.B. L'AVENIR D'ASALEE 99
IV.B.1. Une évolution de la pratique médicale générale ? 99
IV.B.2. Une pérennité incertaine 100
IV.B.3. De nouvelles pistes pour assurer le poste de l'IDSP 102
IV.C. LE RESSENTI VIS A VIS DES INSTANCES DIRIGEANTES 103

DISCUSSION 108

I. DISCUSSION SUR LA METHODE 108

I.A. AVANTAGES DE LA METHODE 108
I.B. LIMITES DE LA METHODE 108
I.B.1. Biais de puissance 108
I.B.2. Guide d'entretien 109
I.B.3. Les acteurs 109
I.B.4. L'analyse des données et reproductibilité 110

II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS, ANALYSE INTERPRETATIVE 110

II.A. LA DELEGATION DE TACHES 110
II.A.1. Naissance du concept 110
II.A.2. La pratique infirmière avancée 111
II.B. MOTIVATIONS A LA DELEGATION 111
II.B.1. Pallier au déficit en médecins 111
II.B.2. Réduire les coûts 112
II.B.3. Promouvoir la qualité des soins et répondre à l'évolution de la demande de soins 113
II.B.4. Rendre le métier d'infirmière attractif 113
II.C. EVALUATIONS 113
II.C.1. Les pratiques infirmières avancées 113
II.C.2. Évaluation quantitative de ASALÉE 115
II.D. DIFFICULTES DE MISE EN PLACE 116
II.E. CONTEXTE LEGISLATIF FAVORABLE 117

CONCLUSION 119

BIBLIOGRAPHIE 120

ANNEXES 125

ANNEXE 1 : COURRIER D'INVITATION AU FOCUS GROUP 125
ANNEXE 2 : COURRIER DE CONFIRMATION DE DATE 126

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé
- ASALÉE : Action de SAnté Libérale En Équipe
- ASOQS : ASsociation pour l'Optimisation de la Qualité des Soins
- AVODECA : Association VOsgienne pour le DÉpistage des CAncers
- CIM-10 ($10^{ème}$ édition de la Classification Internationale des Maladies)
- CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
- EMS : Engagement Mutuel Santé
- ETP : Éducation Thérapeutique du patient
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- HTA : HyperTension Artérielle
- IDSP : Infirmière Déléguée à la Santé Publique
- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales
- NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- USER : Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

INTRODUCTION

Le dispositif ASALÉE (Action de SAnté Libérale En Équipe), créé en 2004 à l'initiative de médecins généralistes, est un projet innovant de coopération entre professionnels de santé dans le cadre des soins primaires. Il a pour objectif d'améliorer la qualité des soins ainsi que de répondre à l'augmentation et la modification de la demande de soins. Il est constitué de médecins généralistes et d'infirmières qui collaborent au sein de cabinets médicaux pour la prise en charge des patients mais également pour des actions de prévention. Il est présent dans les Vosges depuis janvier 2009.

Ce projet fait partie des expérimentations lancées par le Ministère de la Santé en 2003 afin de trouver des solutions au problème de démographie médicale. Il a déjà fait l'objet d'une évaluation économique sur la base d'outils quantitatifs qui confirme un meilleur suivi des patients avec une économie relative de la consommation de soins.

La coopération entre professionnel de santé existe déjà au Royaume-Uni et aux Etats-Unis depuis la fin des années 1960. Elle avait été développée pour répondre à ce même problème démographique. Elle a permis une amélioration de l'accès aux soins de premiers recours avec une qualité de soins préservée.

Le but de notre étude est de s'intéresser au vécu et au ressenti des médecins généralistes vosgiens vis à vis de cette expérimentation afin de mettre en évidence les avantages et les inconvénients de la coopération entre professionnels de santé dans le cadre du cabinet de médecine générale.

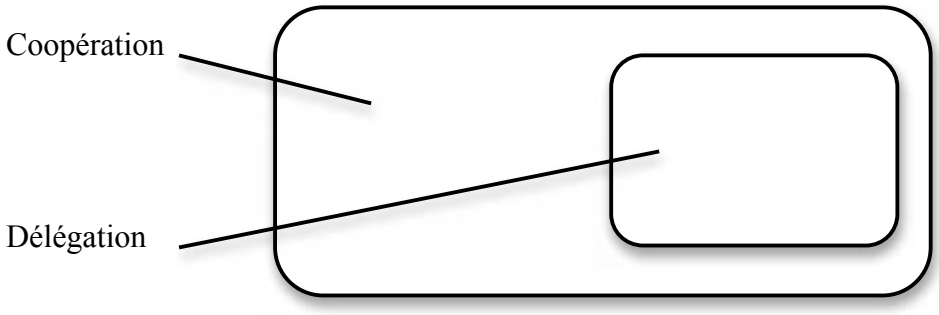
PRESENTATION D'ASALEE VOSGES

I. DEFINITIONS : COOPERATION ET DELEGATION

La 'coopération' est définie par Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, comme une « action de participer à une œuvre commune ». La 'délégation' est définie quant à elle comme un « acte par lequel on délègue quelqu'un », 'déléguer' étant « charger (quelqu'un) d'une fonction, d'une mission, en transmettant son pouvoir ».

La délégation et la coopération sont deux terminologies différentes. La délégation sous-entend un transfert de compétences alors que dans une coopération, il n'y a pas automatiquement cette transmission. La délégation entre professionnels de santé peut correspondre au transfert d'une tâche entre un médecin et une infirmière, d'un acte particulier qui n'est habituellement pratiqué que par le médecin et qui ne relève pas de la compétence de l'infirmière. Par exemple, la prescription, par des infirmières anglaises, de médicaments inscrits sur une liste restreinte correspond à une délégation de tâches par le médecin.

Une coopération entre médecin et infirmière répond à une action commune des deux professionnels de santé. Nous pouvons prendre en exemple, le médecin qui prescrit les soins de pansement et qui suit la guérison d'une plaie de son patient, et l'infirmière qui réalise les soins. Il n'y a pas de délégation puisque la réalisation de soins de pansement ne rentre pas dans le champ d'action du médecin mais bien dans celui de l'infirmière. La délégation sous-entend un élargissement des compétences acquises par l'infirmière. La délégation de tâche est une coopération, elle correspond à une action commune. Nous pouvons illustrer ces propos avec le croquis suivant :



II. PREAMBULE

ASALÉE (ou Action de Santé Libérale En Équipe) est une association qui expérimente une coopération entre professionnels de santé dans le cadre des soins primaires. Elle a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins en médecine générale. Médecins généralistes libéraux et infirmières de l'association ASALÉE collaborent dans des cabinets médicaux pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques mais également dans un but de prévention. L'infirmière salariée, appelée IDSP (Infirmière Déléguée à la Santé Publique), prodigue des consultations d'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) et de prévention, elle assure également le suivi des dossiers médicaux. Cette innovation organisationnelle répond à 2 des 4 axes de réforme du système de santé définis par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (1) :

- Amélioration de l'accès à des soins de qualité (Titre II)
- Prévention et santé publique (Titre III)

Il n'y a pas de remise en cause du fonctionnement des soins primaires en France puisque le médecin généraliste demeure la porte d'entrée dans le système de soins.

Dans la suite de ce travail de thèse, le terme « ASALÉE » est utilisé pour tout ce qui concerne à la fois l'association, l'expérimentation ainsi que les protocoles qui décrivent le fonctionnement du dispositif.

III. HISTORIQUE

III.A. NAISSANCE DU PROJET

Dans le but d'améliorer la qualité des soins et le service rendu aux patients, un groupe de médecins généralistes des Deux-Sèvres, sous l'impulsion du Dr Jean Gautier, repense l'organisation du travail dans le cabinet de médecine générale. Il s'inspire du rapport de novembre 2002 sur la démographie des professionnels de santé réalisé à la demande du Ministère de la Santé par le Professeur Berland. Celui-ci propose une évolution des métiers de la santé par la mise en place du transfert de compétences entre professionnels de santé (2). Pour des raisons de démographie médicale et d'inégale répartition des soignants sur le territoire (3), l'idée d'un transfert de tâches (notamment entre médecins et infirmières) inspire ce groupe de médecins. Ce transfert de tâches existe déjà au Royaume-Uni et aux Etats-Unis,

et y a déjà montré ses preuves (4). En 2002 naît le projet ASALÉE, soutenu financièrement par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Poitou-Charentes.

L'année suivante, le projet est inclus dans les expérimentations définies par la mission « coopération des professionnels de santé et transfert de tâches et de compétences ». Cette mission est conduite en octobre 2003 par le Professeur Berland, président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (5,6).

En 2004, l'expérimentation ASALÉE débute dans 3 cabinets de médecine générale des Deux-Sèvres. Elle regroupe 12 médecins généralistes libéraux et 3 infirmières. L'extension est rapide puisqu'en 2007, l'association regroupe 18 cabinets avec 41 médecins généralistes et 8 infirmières, toujours au sein du même département. En 2008, l'expérience devient interrégionale ; elle s'étend en Bourgogne, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

III.B. EXTENSION VOSGIENNE

III.B.1. L'expérience passée

Certains médecins vosgiens possèdent déjà une expérience dans la diversification de leur mode d'exercice. Dans un souci d'amélioration des pratiques et de la prise en charge des patients, ils ont déjà mené des projets précurseurs dans l'évolution de la médecine libérale.

III.B.1.a. L'atelier du patient

« L'atelier du patient » avait déjà été expérimenté dans les Vosges. Ces réunions d'éducation thérapeutique en groupe étaient organisées par le médecin généraliste. Les internes stagiaires organisaient une réunion publique ciblée sur une population particulière (diabétiques, personnes âgées, patients sous anticoagulants) ou concernée par un sujet de santé publique (pollution par les pesticides ou les ondes électromagnétiques). Les réunions étaient animées par l'interne, le médecin traitant mais également par un expert. Les thèmes abordés étaient variés et les séances se voulaient concrètes et interactives. Les patients étaient invités gratuitement à une ou plusieurs séances selon le thème abordé. Il s'agissait de sensibiliser les personnes aux différentes missions de leur médecin et de leur apporter des informations utiles en termes d'éducation à la santé.

III.B.1.b. ASOQS

ASOQS (ou Association pour l'Optimisation de la Qualité des Soins) est une association de médecins généralistes lorrains créée en 2005. Son but est d'optimiser la qualité des soins médicaux en favorisant la modification du comportement des médecins mais aussi des patients : les premiers par l'application de stratégies les plus performantes en matière de prise en charge des patients, les seconds en élaborant un plan de soin personnalisé donnant une vision globale de leur état de santé et des éléments à modifier. L'expérience était divisée en 2 volets : les groupes d'exercice de pratique et l'EMS (Engagement Mutuel Santé). Le groupe d'exercice de pratiques consistait à se réunir 6 fois par an. Les séances étaient encadrées par un audit médical interne et comprenaient une visite sur le lieu de travail des participants par le chef de projet qui rappelait les recommandations. L'EMS consistait à un bilan de prévention et de suivi de patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire au sein du cabinet de médecine générale. Ce bilan était suivi d'une deuxième consultation de prévention à un an d'intervalle. Il s'agissait d'un moment privilégié pour une information de santé.

III.B.2. L'adhésion vosgienne

Dans la continuité de leur engagement à faire évoluer leur pratique quotidienne, 2 médecins généralistes libéraux, Dr Étienne Curien et Dr Patrick Bastien, également maitres de stage, ont contacté l'équipe deux-sévrienne qui souhaitait étendre l'activité de ASALÉE hors de leur département. Ces 2 médecins ont souhaité compléter leurs expérimentations antérieures afin de répondre à une charge de travail de plus en plus élevée et à un mode d'exercice moins approprié à l'écoute du patient et à son accompagnement. Leur rôle a été de présenter leur projet auprès de confrères du département. Treize confrères ont été séduits par l'expérimentation. L'année 2008 a été consacrée à l'adhésion au projet interrégional ASALÉE (grâce au soutien administratif de ASOQS) ainsi qu'à la recherche du financement. Au cours de cette période, l'attention des médecins intéressés a été attirée sur l'importance de leur implication et de leur rôle majeur afin que le projet fonctionne et se pérennise. L'expérience a débuté au sein des cabinets vosgiens à partir de janvier 2009 avec l'embauche de 3 infirmières.

IV. OBJECTIFS

IV.A. AMELIORER LA QUALITE DU SERVICE RENDU

Le but principal de ASALÉE est l'amélioration de la qualité du service rendu au patient. Pour atteindre cet objectif, des IDSP travaillent au sein du cabinet de médecine générale en collaboration avec les médecins libéraux.

IV.B. REPONDRE A L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE DE SOINS

Cet objectif ne s'inscrit pas dans un avenir immédiat, mais il est très présent dans la démarche d'expérimentation. Il anticipe l'augmentation à venir de la demande de soins en médecine de ville en se donnant la capacité d'augmenter le nombre de patients suivis par le cabinet de groupe, tout en réorganisant les soins. Dans un contexte de démographie médicale allant vers une diminution du nombre de médecins (3), compte tenu du vieillissement de la population conjugué au développement de pathologies chroniques (7,8), l'enjeu est de réorganiser l'activité du médecin traitant afin de faire face à une augmentation de la demande, tout en garantissant la qualité des soins. ASALÉE vise à s'adapter d'une part à l'évolution des caractéristiques de l'offre de soins avec une plus grande exigence des médecins libéraux vis à vis de leur qualité de vie mais également de la qualité de leur médecine (avec l'intégration de l'évaluation des pratiques professionnelles). D'autre part, ASALÉE vise à s'adapter à la modification de la demande de soins qui tend vers un vieillissement de la patientèle avec une augmentation des pathologies chroniques ainsi qu'aux nouvelles missions qui relèvent de la médecine générale décrites dans l'article 36 de la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) relatif à la prévention et l'ETP (1).

V. ORGANISATION

V.A. LES DIFFERENTS POLES

ASALÉE 88 regroupe 15 médecins et 3 infirmières sur 3 pôles distincts (2 maisons médicales pluridisciplinaires et 1 pôle de santé).

V.A.1. La maison médicale d'Épinal

Elle est composée de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux, de kinésithérapeutes et de dentistes. Les 5 médecins ont tous adhéré au projet. L'infirmière ASALÉE occupe un bureau de médecin différent chaque jour, ceux-ci ayant chacun un jour de congé dans la semaine. Elle accède donc aux dossiers informatisés sur chaque poste informatique.

V.A.2. La maison médicale de Gérardmer

Elle est composée de 5 médecins généralistes, un dentiste, un podologue, et de 2 infirmières libérales. Les 5 médecins ont tous répondu favorablement au projet. L'IDSP occupe le bureau des infirmières libérales lorsque celles-ci sont absentes ou en visite à domicile. Elle bénéficie d'un ordinateur et accède aux dossiers informatisés de tous les patients.

V.A.3. Le pôle de santé du sud des Vosges

Il regroupe 6 médecins exerçant dans des modes d'exercice différents. L'IDSP partage donc son temps de travail entre les sites géographiques distincts. Ses conditions d'exercice varient selon chaque site :

- cabinet de groupe ou cabinet seul,
- bureau à disposition, bureau emprunté à un médecin ou utilisation de la salle d'attente,
- logiciels médicaux différents sur chaque site

L'adaptation à chaque mode organisationnel est d'autant plus difficile pour l'IDSP.

V.A.3.a. Le Val d'Ajol

Un médecin libéral y exerce seul, il est informatisé. L'IDSP bénéficie de son bureau aux horaires pendant lesquels le médecin ne travaille pas. Elle occupe la salle d'attente, transformée en bureau de consultation lorsqu'elle travaille en même temps que le médecin, le couloir étant alors aménagé en salle d'attente.

V.A.3.b. Docelles

Un médecin y exerçait seul avec des dossiers non informatisés. Le site a évolué depuis l'arrivée de l'IDSP : arrivée d'un nouveau médecin en collaboration et informatisation du cabinet. L'IDSP bénéficie d'un des bureaux des médecins et accède aux dossiers informatisés et/ou aux dossiers papier.

V.A.3.c. Épinal

Il s'agit d'une maison médicale. Un seul des quatre médecins a adhéré à l'expérimentation. Les autres médecins ne désiraient pas y participer. L'IDSP accède aux dossiers informatisés en empruntant le bureau d'un des médecins pendant le jour de congé hebdomadaire de celui-ci.

V.A.3.d. Plombières-les-bains

Deux médecins associés travaillent au sein du même cabinet médical, une partie de leur activité est consacrée à la médecine thermale. L'IDSP occupe le bureau des médecins pendant leur jour de congé hebdomadaire.

V.B. LES DIFFERENTS ACTEURS

V.B.1. Le médecin généraliste

V.B.1.a. Informer le patient

Le médecin doit informer tous ses patients de la présence et du rôle de l'IDSP présente au sein de son cabinet. Cette information est délivrée sous 2 formes : information orale au cours de la consultation, information par voie d'affichage au sein du cabinet et de la salle d'attente. C'est un point essentiel de l'expérimentation, la bonne présentation du projet vis à vis de la patientèle assure son succès. Il convient de différencier l'action de santé publique de l'IDSP d'une activité de soins au sens propre du terme (notamment dans les cabinets où exercent des infirmières libérales). Il ne doit pas y avoir d'ambiguïté afin d'obtenir une meilleure compréhension et donc une plus forte adhésion des patients.

V.B.1.b. Adresser le patient

C'est le rôle essentiel du médecin et la clé du succès de ASALÉE. Le médecin adresse un patient à l'IDSP si le profil de celui-ci correspond à un des champs d'action d'ETP de ASALÉE. Le médecin peut soit informer simplement le patient et l'inviter à prendre rendez-vous avec l'IDSP, soit lui prendre directement le rendez-vous grâce aux outils informatiques et à l'agenda numérique, soit directement présenter l'IDSP au patient si celle-ci est présente et disponible au moment de la consultation. Cette inclusion à ASALÉE permet au médecin traitant de forger une alliance thérapeutique avec son patient.

V.B.1.c. Encadrer l'IDSP

Chaque action de l'IDSP est protocolisée au sein de ASALÉE. Ces protocoles ont été élaborés par les médecins d'après les recommandations de la HAS. L'IDSP s'y réfère dans son travail. Des réunions sont organisées tous les trimestres entre les médecins et l'IDSP afin de s'assurer du bon suivi des protocoles et de la bonne conduite de la collaboration.

V.B.2. Les infirmières déléguées à la santé publique (IDSP)

V.B.2.a. Définition

Au sein de l'acronyme ASALÉE, le terme 'Santé' distingue l'action de l'IDSP d'une action de soin. L'expérimentation porte sur des activités dont le but est de réduire la survenue de maladies ou de complications. L'infirmière salariée de ASALÉE est donc qualifiée « IDSP » afin d'éviter toute confusion avec une infirmière dont le travail est principalement le soin. Les critères de recrutement de l'IDSP sont multiples : motivation, compréhension des objectifs de l'expérience, compétence et expérience para-médicale, capacité relationnelle, capacité de synthèse, maitrise des outils informatiques, disponibilité. Son champ d'action est encadré par des protocoles modélisés et standardisés qui permettent une homogénéisation des pratiques au sein du dispositif

V.B.2.b. Formation

La formation de l'IDSP est assurée au sein de l'expérimentation ASALÉE.

Formation médicale théorique

L'IDSP est formée à l'ETP, mais également aux pathologies chroniques concernées (suivi du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire) par le biais de formations spécifiques assurées par les instituts de formation aux soins infirmiers, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) ou encore le département de formation permanente de la faculté de médecine de Nancy par le biais d'EDULOR (association pour le développement de l'ETP en Lorraine) avec l'aide de l'équipe pédagogique constituée par Mrs le Pr O. Ziegler (Chef de service de Diabétologie-Nutrition du CHU de Nancy) et le Dr J-F. Colin (École de Santé Publique). Par ailleurs, les IDSP ont bénéficié d'une formation théorique à Niort, site originaire du projet en septembre 2009. L'IDSP dispose de l'attestation de premier niveau en ETP conformément au décret du 2 août 2010 (9). Des séances de rappel sont organisées par les internes avec des thèmes variés : physiopathologie du diabète, nutrition, traitements du diabète, les facteurs de risque cardiovasculaire… L'IDSP peut également s'appuyer sur les protocoles définis par ASALÉE élaborés à partir des recommandations de la HAS.

Procédures et protocoles propres à ASALÉE

Lors de son embauche au sein de l'expérimentation, l'IDSP se rend sur le site des Deux-Sèvres, à l'origine du projet, pour rencontrer les équipes pionnières et ainsi pouvoir s'imprégner de son travail futur. L'IDSP est aussi 'parrainée' par une IDSP expérimentée participant à ASALÉE.

Formation à l'informatique

La capacité à utiliser les outils informatiques est requise comme critère de recrutement. Une formation spécifique est également assurée par ASALÉE pour l'utilisation des outils propres à l'expérimentation : logiciels médicaux du cabinet médical ainsi que le portail informatique spécifique à ASALÉE (décrit à la suite de ce travail).

V.B.3. L'interne de médecine générale

V.B.3.a. Présentation

Au sein de deux USER vosgiennes (Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale) dirigées par les 2 maitres de stage à l'origine d'ASALÉE 88 (Drs Bastien et Curien), deux internes de médecine générale en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins

Primaires en Autonomie Supervisée) consacrent deux demi-journées par semaine au projet. Depuis les débuts d'ASALÉE dans les Vosges en janvier 2009, les internes de médecine générale se succèdent au sein de la structure et leur rôle a évolué en fonction des étapes de mise en place du projet. Ce rôle de liaison est enrichissant pour l'étudiant qui découvre une pratique originale de l'exercice médical libéral en soins primaires. La confrontation aux difficultés de mise en place d'un tel projet est également intéressant pour sa formation professionnelle et sa pratique future.

V.B.3.b. Rôle de « mise en place »

Genèse du projet

En 2008, les deux internes se sont rendus sur le site des Deux-Sèvres afin de prendre connaissance des modalités pratiques de l'expérience ASALÉE sur le site pilote. Ils ont rencontré les médecins généralistes libéraux initiateurs de l'expérimentation ainsi que les IDSP travaillant sur place. Ce déplacement leur a permis de rapporter l'expérience des instigateurs d'ASALÉE et de la partager avec les acteurs vosgiens (médecins généralistes et IDSP).

Mise en application des nouveaux protocoles

L'interne s'approprie les nouveaux protocoles éligibles au sein de ASALÉE Vosges et il participe à la mise en place des outils et de la méthodologie de ces protocoles auprès de chaque médecin. Il valide et teste les procédures au sein de chaque pôle. En septembre 2010, ASALÉE 88 innove en mettant en place des ateliers d'ETP de groupe au sein des cabinets de médecine générale. L'interne associé à l'IDSP organise la mise en place des réunions :

- recherche des patients éligibles dans les dossiers informatisés,
- invitation des patients par publipostage,
- planification d'un échéancier avec les séances des différents groupes,
- adaptation des outils fournis par l'INPES pour documenter les séances
- animation des séances.

V.B.3.c. Rôle de liaison

L'interne de médecine générale n'agit pas directement auprès du patient lors de ses demi-journées consacrées à ASALÉE.

- Il accompagne les professionnels de santé du projet en exerçant un rôle de liaison entre médecins et IDSP mais également entre médecins.
- Il apporte son aide technique pour la bonne tenue et la standardisation des dossiers informatiques afin que leur exploitation par l'IDSP soit plus aisée.
- Il coordonne les différents pôles.
- Il maintient l'enthousiasme des médecins en les visitant régulièrement. Ce rôle est important pour la pérennisation du projet. En effet, les médecins libéraux ne sont pas habitués à la pratique professionnelle en collaboration. L'interne, en visitant le médecin, lui rappelle les objectifs du projet. Cela permet au médecin de se rappeler qu'il peut trouver un relais auprès de l'IDSP en lui adressant les patients qui nécessitent des séances d'ETP.
- Il assure des formations auprès des IDSP.

VI. MOYENS

VI.A. COLLABORATION

Au sein d'ASALÉE, les médecins généralistes agissent en collaboration avec les IDSP. C'est un travail d'équipe qui se construit au sein du cabinet de médecine générale. Cette collaboration s'échelonne sur plusieurs modes : entre chaque médecin et l'IDSP, entre les différents médecins d'un même cabinet, entre chaque médecin et le secrétariat (s'il existe), entre les médecins de différents cabinets qui ont recours aux services de la même IDSP, et enfin, entre les groupes constitués par les IDSP et les médecins d'un même secteur géographique. Cet aspect collaboratif s'effectue à la fois sur le mode de la délégation de tâches et de la coopération entre professionnels de santé dont les différentes modalités sont abordées ci-dessous. L'IDSP joue un rôle clé dans cette collaboration, son activité se distingue selon 2 axes : la consultation auprès des patients (ETP, dépistage, automesure tensionnelle) et la saisie informatique.

VI.B. AMELIORATION DE LA GESTION DU DOSSIER MEDICAL INFORMATISE

VI.B.1. Généralités

L'outil informatique, de nos jours, est un outil puissant et essentiel dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Son utilisation n'est pas toujours aisée, si bien que chaque médecin n'utilise pas son logiciel de façon optimale. Les pratiques sont également très différentes selon les professionnels qui n'utilisent pas les outils informatiques médicaux de la même manière. C'est pourquoi les objectifs de ASALÉE visent à une homogénéisation de l'utilisation du logiciel informatique et une plus grande rigueur dans le remplissage du dossier informatique du patient. La conséquence attendue est d'améliorer la prise en charge tous les patients du cabinet.

VI.B.2. Extraction des populations cibles et uniformisation des dossiers

A partir des dossiers informatisées du cabinet médical, l'IDSP réalise des requêtes afin d'extraire une population cible qui relèvera ensuite d'un protocole particulier (patients diabétiques de type 2, patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, patients relevant d'un dépistage). Ce travail de recherches multicritères au sein du logiciel nécessite un remplissage rigoureux et précis du dossier de chaque patient. Le rôle de l'IDSP est de compléter au fur et à mesure tous les dossiers qu'elle est amenée à consulter : elle participe à l'uniformisation des dossiers en s'appuyant sur la CIM-10 ($10^{ème}$ édition de la Classification Internationale des Maladies). Les dossiers, ainsi mieux renseignés, permettent alors de passer d'une médecine individuelle à une médecine populationnelle.

Par exemple, dans le cas de l'ETP de groupe, le bon remplissage du profil des patients a permis d'isoler la liste des patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire et ainsi de les inviter aux séances par courrier postal. De même, les patients éligibles à un dépistage qui n'ont pas réalisé leur test dans les délais peuvent être facilement retrouvés si le dossier est bien rempli. ASALÉE incite également le médecin à s'astreindre à une rigueur qui tend à améliorer la qualité du dossier médical informatisé.

VI.B.3. Gestion des alertes

A partir de l'extraction des dossiers informatisés, l'IDSP vérifie si le protocole est bien appliqué. Ainsi, si l'IDSP identifie des examens manquants, elle place des alertes au sein de chaque dossier médical informatique afin de rappeler au médecin certaines recommandations liées au protocole, non appliquées chez un patient. Le médecin pourra alors, lors de la consultation suivante, rectifier son erreur en réalisant l'examen indiqué chez le patient ou compléter le dossier médical pour justifier l'absence de cet examen (exemple : patient aux antécédents de cancer colorectal qui n'a pas réalisé son Hemoccult II®).

VI.B.4. Portail Extranet sécurisé

Toute l'activité de production d'ASALÉE est supportée par un site extranet sécurisé au niveau national. Ce site présente l'ensemble des protocoles, les formulaires de relevés d'information ainsi qu'un système d'alerte par protocole et de gestion des dossiers. Toutes les interventions de l'IDSP sont notifiées sur le portail internet. A chaque fois que l'IDSP agit dans le cabinet de médecine générale, que ce soit par l'intermédiaire d'une consultation d'ETP ou d'une requête informatique concernant le dépistage, elle remplit et met à jour le formulaire correspondant sur le site. Après chaque consultation, l'IDSP dresse un compte-rendu de son action, celui-ci est inclus à la fois dans le dossier patient du cabinet à destination du médecin, mais également dans le portail extranet sécurisé. Ces protocoles informatisés lui permettent de programmer le suivi des patients (diabétiques de type 2 et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire) et de planifier les consultations et mesures d'ETP. Les formulaires sont actualisés trimestriellement : dépistage des cancers et du diabète (glycémies dans les dossiers), suivi des patients diabétiques ou présentant un facteur de risque cardiovasculaire. Cette saisie informatique externalisée est anonyme et permet l'analyse médico-économique du dispositif.

VI.C. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

VI.C.1. Définition

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (10), « l'éducation thérapeutique a pour but d'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. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

D'après la HAS (11), les finalités de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins et l'acquisition de compétences d'adaptation. L'ETP permet une amélioration de la santé mais également de la qualité de vie du patient. L'article 36 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (1) définit les missions de prévention et d'éducation à la santé. Celles du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : « 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ». Elle nécessite des compétences spécifiques, une organisation particulière ainsi qu'une disponibilité si bien qu'elle est difficile à appliquer en cabinet de médecine libérale. Au sein de ASALÉE, cette ETP est assurée par l'IDSP, elle peut donc être appliquée aisément à l'intérieur du cabinet de médecine générale. Le champ retenu est celui des pathologies chroniques : patients diabétiques, hypertendus, ou atteints de facteurs de risque cardiovasculaire. Elle s'applique sous deux formes : l'ETP individuelle et l'ETP de groupe.

VI.C.2. ETP individuelle

L'IDSP prodigue des séances d'ETP individuelle auprès du patient sur indication du médecin traitant. Au cours du premier rendez-vous, en collaboration avec le patient, l'IDSP élabore le diagnostic éducatif. C'est un temps fort de l'ETP, il permet d'appréhender le patient sur tous les plans : sa personnalité, sa potentialité, sa situation psychosociale, sa réceptivité et surtout ses attentes vis à vis de l'ETP.

Le diagnostic éducatif (12) permet donc d'identifier les compétences à acquérir par le patient en tenant compte de ses priorités. L'IDSP revoit avec le médecin traitant au cours de rendez-vous hebdomadaires, si le diagnostic éducatif est complet et si celui-ci ne doit pas être complété. IDSP et patient planifient alors les séances d'ETP suivantes, ils se revoient régulièrement. Les séances durent de 45 min à 1h. Il n'y a ni un nombre défini de séances, ni un rythme à respecter. Généralement, le patient consulte l'IDSP au cours de 3 à 4 séances

espacées d'un mois. Il est revu à un an environ pour s'assurer que les compétences sont bien acquises. Le diagnostic éducatif, évolutif, est mis à jour, d'autres séances peuvent alors être programmées si le patient le désire ou si le médecin et/ou l'IDSP le jugent nécessaire. Le patient peut être accompagné par son entourage s'il en éprouve le besoin : par exemple, le conjoint (dans le cas où c'est lui qui cuisine, qui prépare les médicaments).

VI.C.3. ETP de groupe

Depuis septembre 2010, les médecins vosgiens ont élargi leur panel d'outils à l'ETP en mettant en place l'ETP de groupe qui, par rapport à l'ETP individuelle, permet un partage des expériences. Elle est conviviale et permet au patient de sortir de son isolement, celui-ci est donc plus réceptif à l'ETP (11). Les groupes sont constitués de patients présentant les mêmes pathologies ou facteurs de risque : ils partagent donc les mêmes objectifs éducatifs. Les patients sont invités à l'initiative du médecin traitant qui les adresse et qui établit un diagnostic éducatif préalable.

Les thèmes retenus pour ces séances sont les facteurs de risque cardiovasculaire : diabète, HTA (hypertension artérielle), dyslipidémie, surpoids, tabagisme, âge et sexe, ainsi que toute maladie cardiovasculaire (insuffisance coronarienne, artérite oblitérante des membres inférieurs, etc…). Chaque groupe est composé de 8 à 10 patients qui participent, ensemble, à 3 réunions consécutives. Ces réunions sont espacées d'une semaine, elles durent 2h30 et sont animées par l'IDSP ainsi que l'interne de médecine générale. Les sujets abordés sont : identification des facteurs de risque cardiovasculaire et les moyens de les réduire, nutrition et diététique, activité physique, vigilance et auto-surveillance et enfin le traitement des patients. Les patients sont revus à 6 mois en séance individuelle avec l'IDSP afin d'établir s'ils ont bien acquis les compétences et d'éventuellement continuer l'ETP sur un mode individuel. Les outils pédagogiques ont été fournis par l'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales). Cette ETP de groupe n'est pas formellement intégrée à l'expérimentation ASALÉE, mais c'est l'IDSP qui travaille avec ces médecins qui a permis la réalisation de ces séances.

VI.D. SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'IDSP aide le médecin dans le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques. Les protocoles abordés sont les mêmes qu'en ETP : le suivi des patients diabétiques de type 2 et le

suivi des patients atteints de facteur de risque vasculaire (tabagisme, HTA, dyslipidémies, diabète, obésité, antécédents familiaux, âge). L'IDSP complète la consultation du médecin grâce à sa contribution au niveau informatique mais également lors des consultations d'ETP. Par son travail de recueil informatique, elle va pouvoir surveiller la bonne application des recommandations en matière d'indicateurs dans le suivi du patient. Elle a également pour rôle d'identifier les examens manquants prévus par le protocole et prévient le médecin (par l'intermédiaire d'alertes informatiques), qui pourra réaliser ceux-ci à la consultation suivante. L'IDSP actualise également le formulaire de suivi tous les trimestres. Pour un patient diabétique, par exemple, elle va s'assurer que celui-ci a bien bénéficié d'un électrocardiogramme et d'un examen du fond d'œil ainsi que quatre dosages de l'hémoglobine glyquée sanguine dans l'année écoulée. Au travers de son action d'ETP, elle complète la consultation du médecin par ses conseils, son accompagnement mais également les compétences qu'elle transmet au patient. Cette collaboration permet au médecin d'améliorer sa productivité (en s'orientant directement vers les points précis à aborder lors de la consultation de suivi), d'évaluer sa pratique professionnelle, d'appliquer les recommandations.

VI.E. ACCOMPAGNEMENT DE L'AUTOMESURE TENSIONNELLE

L'automesure tensionnelle est la mesure de la pression artérielle par le patient lui-même à domicile. Elle est mieux corrélée au risque cardiovasculaire que la mesure tensionnelle réalisée par le personnel soignant au cabinet de ville, en milieu hospitalier ou à domicile. Elle permet de diagnostiquer les HTA dûes à l'effet « blouse blanche ». Elle peut également être utile pour mettre en évidence une HTA masquée au cabinet et permet une meilleure observance thérapeutique à domicile (13).

Le rôle de l'IDSP est d'éduquer le patient à l'automesure tensionnelle. Elle doit s'assurer que le patient est capable de réaliser le geste technique et de noter correctement les chiffres. Elle réalise la moyenne des chiffres tensionnels obtenus et transmet les résultats au médecin. Celui-ci interprète les chiffres tensionnels, et décide s'il y a lieu d'adapter ou d'introduire un traitement chez le patient. ASALÉE permet l'application des recommandations de l'Académie de Médecine (14) au sein du cabinet de ville. L'expérimentation a conduit les médecins à s'équiper d'appareils automatiques de mesure de la pression artérielle validés par AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Ces appareils sont prêtés aux patients sur demande du médecin, la logistique est gérée par l'IDSP (gestion des

piles, des emprunts et des feuilles d'automesure à remplir). Cette délégation de tâches permet au médecin d'améliorer sa pratique professionnelle car elle présente l'avantage d'une meilleure prise en charge du patient sans que celle-ci soit chronophage pour lui.

VI.F. DEPISTAGE

VI.F.1. Généralités

Le dépistage est défini par l'OMS comme « une action de prévention secondaire visant à identifier présomptivement à l'aide d'un test, d'un examen ou de tout autre technique d'application rapide, les personnes atteintes d'un problème de santé latent, passé jusque là inaperçu » (15). Son but est de découvrir une maladie à un stade précoce, accessible à une action thérapeutique. Le dépistage est une des priorités en matière de lutte contre le cancer à l'échelon national (16,17). Le but du dépistage est la diminution de la mortalité par cancer au sein de la population française. Le dépistage peut être de masse, réalisé dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique (cancer du sein et cancer colorectal) ou individuel, réalisé à l'initiative du médecin (cancer du col de l'utérus). Le plan cancer 2009-2013 (18) renforce la place du médecin traitant en l'impliquant davantage dans les programmes nationaux de dépistage. L'objectif est de confier au médecin généraliste une mission clé dans la participation de la population aux dépistages des cancers et ainsi faciliter l'inclusion par le médecin traitant des personnes ciblées, dans les programmes de dépistage organisés ou à une stratégie de détection précoce adaptée à chaque niveau de risque. ASALÉE, par le biais de l'IDSP, vise à munir le médecin d'outils efficaces afin de répondre à ces attentes et donc améliorer la pratique du dépistage au sein de sa patientèle.

VI.F.2. Dépistage collectif

VI.F.2.a. Cancer colorectal

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à tous les patients âgés de 50 à 74 ans suivant les recommandations de la conférence de consensus de 1998 renouvelées en 2005 (19). Les patients aux antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ne sont pas inclus. Dans les Vosges, il est géré par l'AVODECA (Association Vosgienne pour le DÉpistage des CAncers). Il repose sur la détection de sang dans les selles sur 3 prélèvements successifs réalisés par le patient lui-même pendant 2 jours. Le test employé est un test

Hemoccult II®. En cas de test négatif, celui-ci devra être renouvelé tous les 2 ans. En cas de test positif, une coloscopie est réalisée afin d'éliminer une hémorragie d'origine colique.

VI.F.2.b. Cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à toutes les patientes âgées de 50 à 74 ans. Les patientes aux antécédents personnels de cancer du sein ne sont pas incluses. Il est également géré par l'AVODECA dans les Vosges. Il repose sur une palpation mammaire associée à la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans. Celle-ci est prise en charge à 100%, elle est réalisée par un radiologue agréé et bénéficie d'une double lecture. En cas d'anomalie, des examens complémentaires sont envisagés afin d'éliminer un cancer du sein.

VI.F.3. Dépistage individuel : cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est un dépistage individuel : il est réalisé à l'initiative du médecin. Il repose sur un examen gynécologique (dont le toucher vaginal) associé à un frottis cervico-vaginal avec examen anatomopathologique. Il est recommandé de pratiquer cet examen tous les 2 à 3 ans (après deux examens normaux réalisés à un an d'intervalle), dès le début de l'activité sexuelle jusqu'à l'âge de 65 ans (20).

VI.F.4. Rôle de l'IDSP

VI.F.4.a. Informer le patient et réaliser le suivi des résultats

ASALÉE délègue à l'IDSP sur prescription du médecin généraliste l'information du patient ainsi que le suivi des résultats en matière de dépistage. Dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, elle remet au patient les plaquettes Hemoccult II® que le patient est venu chercher auprès de son médecin traitant sur invitation de l'AVODECA. Elle explique au patient la technique du test mais également l'interprétation des résultats. Cette délégation de tâches permet un gain de temps au médecin ; le patient consultant souvent pour un autre motif que le dépistage, elle permet donc au médecin de mieux consacrer son temps à cet autre motif. Le médecin transmet également les résultats des examens (Hemoccult II®, mammographie et

frottis cervico-vaginaux) à l'IDSP qui les inscrit de manière standardisée dans les dossiers médicaux informatisés.

VI.F.4.b. Définir la population cible et contrôler la bonne réalisation du dépistage

L'IDSP définit la population visée par les dépistages à partir du logiciel informatique, puis elle vérifie que cette population a bien réalisé les tests recommandés. Dans le cas du dépistage du cancer du sein, elle isole la population des femmes de 50 à 74 ans, elle contrôle que ces femmes ont bien réalisé une mammographie dans les deux années précédentes. Elle place des alertes dans le dossier médical informatisé si la patiente n'a pas eu de mammographie ; elle peut indiquer une date à laquelle la prochaine mammographie doit être réalisée. Lors de la prochaine consultation médicale, le médecin traitant pourra alors rappeler à la patiente qu'elle doit effectuer son dépistage.

METHODOLOGIE

I. PRESENTATION DE LA METHODE

I.A. LA RECHERCHE QUALITATIVE EN MEDECINE GENERALE

La recherche qualitative est une méthode issue des sciences humaines (21). Elle repose sur l'évaluation et l'analyse de faits humains non quantifiables de façon objective. Elle appréhende la complexité des comportements des interrogés et peut apporter une contribution significative aux études qui visent à examiner l'organisation des soins primaires (22). La recherche qualitative aide à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, elle s'inscrit dans une vision holistique, globale, du contexte étudié (23). La recherche qualitative permet de répondre à de nombreuses problématiques rencontrées en médecine générale. Un des objectifs de ce type de recherche est d'éviter d'imposer les hypothèses du chercheur à la personne interviewée, et donc de découvrir l'opinion réelle de celle-ci. Le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts et les variables qui émergent de son étude peuvent être très différentes de celles qu'il aurait pu prévoir au départ. La recherche qualitative se démarque par ces aspects de l'attitude clinique du médecin : celui-ci, confronté à un problème médical, pose des questions fermées à son patient afin de pouvoir faire correspondre ce problème dans une catégorie médicale appropriée afin d'adopter une attitude diagnostique et/ou thérapeutique adéquate (24). L'utilisation d'une technique d'évaluation qualitative nécessite de respecter des critères de scientificité propres afin de d'être recevable (25). « Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (26). La recherche qualitative se différencie de la recherche quantitative qui est basée sur les sciences fondamentales. Celle-ci repose sur des questionnaires ou des données codifiées dont l'analyse repose sur des méthodes statistiques. La recherche qualitative est composée de l'entretien individuel et de l'entretien de groupe (appelé focus group).

I.B. LE FOCUS GROUP

Le focus group est basé sur l'entretien de groupe semi-directif. Il est issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des

consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Cette méthode est très employée dans les pays anglo-saxons dans le champ des soins primaires. Elle est réalisée de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés, elle est encore peu utilisée en France. L'intérêt du groupe permet de développer une dynamique et une discussion par l'apport de différents points de vue. « Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements ». Chaque participant peut se situer et réagir par rapport aux avis des autres. Le focus group insère une dimension sociale par la confrontation des avis des participants, contrairement aux entretiens individuels et questionnaires dont la communication est absente. Il a également l'avantage de faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. Chaque focus group réunit autour d'une table un nombre suffisant de participants pour assurer la dynamique de groupe recherchée : 6 à 8 personnes approximativement. Il n'y a pas de nécessité d'une représentativité de la population source. Ces participants possèdent des caractéristiques communes en lien avec le thème abordé. Celui-ci est préétabli par le chercheur et est décrit précisément. Il est détaillé et divisé en plusieurs questions ouvertes (une demi-douzaine). Ces questions permettent de stimuler le travail du groupe.

Le groupe est animé par un modérateur dont l'objectif est de faire exprimer tous les points de vue. Ses qualités doivent être la reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse.

L'observateur, quant à lui, connaît le thème de la réunion. Il s'occupe de l'enregistrement et il est chargé de noter tous les aspects non verbaux et relationnels. La réunion se tient dans un lieu neutre et convivial. L'anonymat est respecté. La séance dure environ 2h. Les jours qui suivent la séance sont consacrés à la transcription de l'intégralité de la réunion : contenus verbal et non-verbal. La retranscription intégrale, appelée 'verbatim' est ensuite analysée de manière reproductible. Cette analyse est focalisée sur le thème. Le verbatim est découpé en 'unité minimale de signification' ou 'occurrences' qui sont alors regroupées en thèmes ou 'dimensions'. Le hors-sujet est ainsi éliminé, les résultats sont pondérés en fonction de la fréquence de répétition des occurrences. Le chercheur pourra éventuellement être assisté par l'informatique dans son analyse. Le rapport est alors constitué d'une synthèse narrative et d'une analyse interprétative des données (ainsi que de recommandations éventuelles) (23,27-29).

I.C. CHOIX DE LA METHODE

Comme vu précédemment, des études quantitatives ont déjà été réalisées sur le dispositif ASALÉE. Il nous est apparu important, en complément de ces études, favorables quant à l'efficacité de ASALÉE, de nous intéresser au vécu des médecins vis à vis de cette coopération de tâches au sein du cabinet de médecine générale. La méthode qualitative et plus particulièrement les focus group correspondent à cette problématique.

II. CARACTERISTIQUES DU FOCUS GROUP ASALEE

II.A. PARTICIPANTS

II.A.1. Les acteurs médicaux de ASALÉE

La population cible est constituée des médecins généralistes vosgiens participant à ASALÉE. Les 5 médecins spinaliens, exerçant en maison de santé pluridisciplinaire, n'ont pas été conviés à la réunion. Le fait de participer encore à l'expérimentation et ne disposant plus des services de l'IDSP depuis un an ne nous a pas semblé suffisant pour les faire participer à l'évaluation. Les médecins invités sont : 4 des 5 médecins de la maison médicale de Gérardmer (le cinquième médecin joue le rôle de modérateur), les 5 médecins du pôle de santé du sud des Vosges. Chaque médecin est désigné par une lettre de A à I.

II.A.2. Le modérateur

Le rôle du modérateur a été assuré par le docteur Patrick Bastien, directeur de la thèse, ayant déjà participé à des focus group en tant qu'animateur. Ses activités de recherche en santé publique, d'enseignement en tant que maitre de stage et de direction de thèses lui confèrent assurance et expérience dans cette activité d'animateur de groupe.

II.A.3. L'observateur

Nous avons assuré le rôle d'observateur. Nous nous sommes donc occupés de l'enregistrement de l'entretien et de l'analyse des aspects non-verbaux : attitudes, expressions, mimiques. Nous ne sommes pas intervenus au sein de la discussion.

II.B. GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien est l'outil conducteur de la séance sur lequel le modérateur s'appuie.

Quelles ont été vos motivations pour entrer dans le dispositif Asalée?

- Quels étaient vos antécédents/connaissances en terme d'ETP ou d'expérience de réseau de santé ?
- Quel est votre degré d'implication dans la mise en place d'Asalée ?

Décrivez votre quotidien au sein de Asalée ?

- Description de la collaboration médecin/infirmière : en pratique, comment ça se passe ? (Y-a-t-il une différence Gérardmer/Pôle sud vosgien ?)
- Description de l'aspect organisationnel et des réunions de mise en place et coordination.

Quels <u>avantages</u> identifiez-vous d'appartenir à ce dispositif ?

- pour vous :

- Gain de temps ?
- Aspect financier ?
- Amélioration de la pratique quotidienne
- Tenue des dossiers
- Échange, auto-évaluation et évaluation des pratiques
- Nouveauté valorisante pour la profession

- mais également pour les patients :

- Meilleure prise en charge
- Amélioration du service médical rendu

Quelles <u>difficultés</u> avez-vous rencontrées ?

- Aspect organisationnel : trop de réunion, difficulté pour le financement
- Aspect logistique : Gérardmer VS pôle sud Vosges
- Aspect intellectuel : la délégation elle-même est-elle bien accueillie (aspect intrusif dans les dossiers et sur la prise en charge des patients) vis à vis du médecin mais aussi des patients.

Au total, êtes vous satisfait de Asalée ?

- Vous ?
- Vos patients ?

Que pensez-vous de ce type d'expérience pour l'avenir de la profession ?

- Répond-elle aux problèmes de démographie médicale et d'augmentation de la demande de soins?

II.C. ORGANISATION DE LA SEANCE

II.C.1. Prise de contact

Les médecins ont été initialement contactés par l'intermédiaire d'un courrier postal (Annexe 1) le 7 janvier 2011. Nous nous sommes alors présentés, nous avons décrit le sujet et la méthode de l'étude. Le sujet n'est pas exposé de manière précise pour favoriser la spontanéité du discours et éviter les réponses préparées. Les médecins on été prévenus de l'enregistrement de la séance sur support audio ou vidéo et de la retranscription intégrale et anonyme du contenu de la réunion.

Un second contact a été réalisé le 19 janvier 2011, utilisant un outil informatique proposant plusieurs dates afin de relever les disponibilités de chacun. Nous avons dû recontacter par téléphone les médecins qui n'avaient pas consulté leur boîte aux lettres électronique ; cela a permis également de s'assurer de la motivation des intéressés. Cet appel téléphonique a également permis de répondre à certaines interrogations des médecins.

Un courrier postal a enfin été renvoyé le 2 février 2011 afin de préciser la date choisie pour l'événement ainsi que le lieu. (Annexe 2)

Afin de palier aux oublis, chaque médecin a été rappelé par téléphone la veille de la réunion par nos soins.

II.C.2. Choix d'un lieu

Le focus group a été organisé dans un lieu central afin que chaque participant n'ait pas à se déplacer sur une trop longue distance. Nous avions émis l'idée de la salle de réunion de la maison médicale de Gérardmer. Il s'agit d'un endroit connu de tous puisque les médecins ont l'habitude de s'y retrouver notamment pour l'organisation du dispositif ASALÉE. Cependant, ce choix de lieu aurait pu être à l'origine d'un refus de participer à la réunion par certains, la ville de Gérardmer étant située à plus de 45 minutes en voiture de Plombières-les-Bains ou du Val d'Ajol. Il a donc été décidé d'organiser la réunion le jeudi 24 février 2011 à Remiremont. Cette ville présente l'avantage de se situer de façon centrale par rapport aux différents sites où exercent les médecins. La réunion a été réalisée au sein d'un restaurant disposant d'une salle à l'écart au calme, lieu neutre et agréable. Elle s'est suivie d'un repas afin d'apporter de la convivialité.

II.C.3. Déroulement de la séance

La séance a duré 1 heure et 37 minutes. Un seul médecin n'a pas pu être présent. Ayant des obligations ailleurs, il s'est excusé de son absence. Un dictaphone ainsi qu'un caméscope ont été utilisés pour l'enregistrement : nous avons préféré utiliser 2 modes d'enregistrement dans le cas où un des appareils eût été défectueux. Les médecins n'ont pas été opposés à l'idée d'être filmés, garantis de l'anonymat de leur propos. La séance s'est déroulée dans la bonne humeur ; les médecins se connaissant tous, le tutoiement est de rigueur, on a pu noter des rires pendant la réunion. Chacun a respecté les temps de parole des ses confrères, la dynamique a permis de diversifier et étoffer les points de vue. Le modérateur est intervenu afin que chacun puisse participer, il n'a eu besoin de recentrer le débat que peu de fois. Les échanges des idées ont été spontanés et productifs.

II.D. ANALYSE DES ENTRETIENS

II.D.1. Transcription des données

La retranscription intégrale des données a été réalisée par nos soins. Elle a nécessité 11 heures de travail. Elle s'est appuyée sur l'enregistrement audio et l'utilisation d'un logiciel de traitement de texte. L'enregistrement est de bonne qualité, les médecins se sont exprimés de manière claire, il n'a pas été nécessaire d'utiliser l'enregistrement vidéo. Le verbatim (ou transcription intégrale de l'enregistrement de l'entretien) n'est pas joint à la thèse dans le but de ne pas trop surcharger celle-ci. Il comporte les hésitations, silences qui ont ponctué l'entretien, ils sont traduits par des points de suspension. Les exclamations (ou points sur lesquels les médecins ont insisté) sont ponctuées de points d'exclamation. Chaque médecin est désigné par une lettre de A à H, le modérateur est indiqué comme tel, en gras pour plus de lisibilité.

II.D.2. Analyse des données

Plusieurs lectures du verbatim ont été nécessaires afin de dégager les thèmes, sous-thèmes et mots-clés qui composent l'analyse des données. Le verbatim a donc été découpé en UMS (Unité Minimale de Signification ou occurrences) qui ont été regroupées en catégories d'analyse ou thèmes.

RESULTATS :

ANALYSE DES ENTRETIENS

I. LES MOTIVATIONS POUR PARTICIPER AU DISPOSITIF

I.A. L'EXPERIENCE EN ETP

Les médecins possèdent déjà une expérience en ETP puisqu'ils ont déjà organisé cette pratique au sein de leurs cabinets par le biais de l'Atelier du Patient. Cette expérience avait été concluante et ils désirent la prolonger.

Dr H :

« En ce qui concerne le côté ETP pure, parce que vous vous concentrez là-dessus, n'oubliez pas qu'on avait déjà expérimenté, puisqu'on avait déjà fait ça avec certains internes, il y a déjà pas mal de temps et ça nous avait bien plu… »

Modérateur :

« On avait eu une expérimentation avec l'atelier du patient. Ce dont tu évoques, c'est aussi l'élément d'aide. »

Dr B :

« *C'est un peu la continuité de ça. On avait déjà un petit peu… »*

Dr B s'est documenté sur le sujet, il pense qu'ASALÉE est une opportunité d'appliquer des pratiques hospitalières au sein du cabinet de médecine générale

Dr B :

« Mon expérience, j'avais déjà lu pas mal de choses sur l'ETP avant de commencer, il y avait quelques manuels qui étaient déjà sortis sur cette matière là. Ça se faisait habituellement en milieu universitaire ou dans les hôpitaux…»

Les motivations remontent à 2004, les médecins s'étaient tournés vers le responsable de la maison du diabète à Épinal dans le but de faire de l'ETP au sein de leurs cabinets de ville. Ils n'y avaient pas trouvé de soutien. Ils se confrontèrent également aux instances régionales de santé publique qui ne leur apportèrent pas de soutien financier.

Dr A :

« *Mes motivations sont anciennes, pour mon compte personnel : 2004-2005 où on avait commencé à réfléchir au problème de l'ETP et on avait écrit un projet qui s'appelait l'atelier du patient et on avait essayé d'aller chercher des appuis, des soutiens, on était allé voir le Dr Arnaudo*[1] *et je me souviens également de sa réponse, où on lui proposait déjà un système qui ressemblait à ASALÉE sans s'appeler ASALÉE et Mr Arnaudo nous avait répondu « vous êtes très courageux, ça m'étonnerait que vous arriviez à mettre en place ce projet là » , c'est dommage qu'il ne soit pas là pour nous entendre ce soir Mr Arnaudo. On avait eu droit à un bon whisky et à un bon cigare et c'était terminé comme ça. Et après on avait présenté le projet Atelier du patient au GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) pour trouver des financements. On avait fait plusieurs demandes et à chaque fois on avait été refusés. Et puis, là-dessus Patrick Bastien a trouvé l'expérience de Jean Gauthier intéressante et nous y sommes allés tous les 2 en voyage d'étude et c'est depuis là qu'on est revenus avec le projet et qu'on a monté le projet*. »

À l'origine de la démarche, la volonté des médecins était de faire de l'ETP. La partie 'délégation des tâches' propre à ASALÉE a été adoptée car elle faisait partie du projet. Dr A décrit que sa motivation première est l'ETP ; il explique que la délégation de tâches n'a été que secondairement envisagée.

Dr A :

« Et quand on est allé à Poitiers, nous on leur a même dit mais comment ça se fait que vous ne travaillez pas en groupe ? Et on a été étonné que leur méthode, c'était de la délégation de tâche pour un patient chronique et avec une infirmière et on est revenu avec cette méthode là et on a trouvé que c'était sympa. Mais ce qui est très étonnant c'est que maintenant on revient à du groupe et il faut les deux… »

« Le point de départ pour moi, ma motivation c'était quand même l'ETP, je suis allé chercher l'ETP et on a ramené un truc différent que ce qu'on avait imaginé au départ. »

[1] *diabétologue et responsable de la maison du diabète à Épinal*

I.B. UN BESOIN DE COLLABORER, COOPERER ET DELEGUER DES TACHES

Les médecins éprouvent le besoin de coopérer avec une tierce personne pour la prise en charge de leurs patients. Ils visent à améliorer leur pratique en diminuant leur charge de travail et en offrant plus de disponibilité et de temps pour les patients par le biais de la délégation de tâches.

Dr E :

> *« Ça semblait intéressant d'avoir quelqu'un qui nous aide dans notre pratique de tous les jours parce qu'on est encombré de tâches qu'on a du mal à faire ou qu'on ne fait pas du tout. D'avoir quelqu'un qui vienne nous aider… »*

Dr H :

> *« C'est ça la motivation en fait. Notre motivation principale, c'était la délégation de tâches et le sentiment de pouvoir offrir plus de temps et plus d'explications à des patients qui étaient quelque peu sacrifiés quelque fois par le rythme des consultations. Moi je pense que c'était ça, je pense que c'est pouvoir déléguer un petit peu sur des sujets sur lesquels on était à côté parce qu'on n' avait pas la disponibilité et ça, ça paraissait alléchant… pour nous mais aussi pour les patients. Ce n'était pas à sens unique, c'était vraiment à double sens. »*

La coopération est vécue comme un soutien par les Drs D et C dans une relation médecin/malade en duo qui finit par s'épuiser. L'arrivée d'une tierce personne est décrite comme une aide prolongeant le travail déjà entrepris et comme un atout pour aider le médecin qui a tendance à s'essouffler.

Dr D :

> *« Moi, ma motivation, elle est peut-être un petit peu différente dans le sens où c'était quelque chose, qui en médecine thermale, on peut ne pas nous le croire mais on faisait déjà beaucoup ça. On prenait déjà énormément de temps dans l'éducation où finalement on prenait un petit peu en charge les diabètes, les surpoids, donc il faut parler beaucoup diététique, et finalement j'arrivais à un moment de démotivation par rapport à cette prise en charge là, je n'y arrivai plus toute seule donc c'était drôlement intéressant d'avoir quelqu'un qui venait seconder. »*
>
> *« … c'était motivant et intéressant d'avoir quelqu'un qui prolongeait le travail que je faisais déjà. »*

Dr C :

« De mon côté, étant maitre de stage, j'avais été sollicité par le Collège National des Généralistes Enseignants pour participer à une étude qui s'appelait étude ESCAPE qui était une étude pas sur l'ETP mais sur « est-ce qu'on peut amener aux objectifs les patients qui sont les plus à risque ? », parce qu'il y avait des études préalables qui avaient montré que plus les gens étaient à risque cardiovasculaire et moins ils étaient aux objectifs qui étaient recommandés. Et ce faisant, je me suis aperçu de tous les blocages que pouvaient avoir les patients. Quand on essaie d'aller plus loin, quand on essaie d'être un peu plus interventionniste et d'améliorer les objectifs, on est amené à parler pas mal de diététique aussi, et c'est vrai, on sent qu'ils sont prêts, les patients à prendre un comprimé mais quand on leur parle d'autre chose, ils sont plus réticents. Certains y viennent, d'autres restent complètement réfractaires et le fait d'avoir une infirmière déléguée pour s'occuper de cet aspect là, ça me semblait être intéressant et il faut reconnaître aussi qu'on finit par s'épuiser. Pour se donner dans ce domaine là, on finit par s'épuiser, parce que dans une consultation comme ça, soit on prend du retard, soit il y a un moment où on se démotive. Soit on se prend des gamelles, parce que les gens, finalement, on a l'impression qu'on les agresse plus qu'autre chose. Moi, j'ai l'impression que la diététique, c'est pratiquement remettre en question un héritage familial quand on commence à en parler et donc de pratiquement critiquer ce que les parents ou les grands-parents ont appris au patient. Donc, je pense que changer dans ce domaine, c'est vraiment un investissement au long cours, en y allant tranquillement, en respectant les réticences du patient et c'est difficile à faire sur une consultation de médecine générale. »

I.C. L'ASPECT NOVATEUR

Le Dr G est séduit par la modification de la pratique quotidienne que lui permet le dispositif. Cette évolution bouscule les dogmes de la médecine générale libérale.

Dr G :

« Alors, moi ce qui m'a beaucoup plus au départ, c'est l'aspect novateur, différent, moderne, on pourrait dire, qui a apporté quelque chose de plus par rapport à la consultation habituelle. Je ne sais pas si c'est juste de dire moderne ou nouveau, l'aspect nouveauté quoi, l'aspect inhabituel, novateur, ça m'a beaucoup plu avec le

petit film venu de Poitiers, c'était une réussite. Ça motive tout de suite les gens, je ne sais pas ce qu'il y a dans ce film là mais on en garde un très bon souvenir, c'est présenté de manière assez motivante. Donc, la motivation forcément, elle est née quelque part de ce film. »

Il est rejoint par le Dr D qui parle d'ouverture et d'aide professionnelle.

Dr D :

« C'était une ouverture différente, des possibilités différentes avec une aide professionnelle. »

I.D. LE TRAVAIL EN GROUPE

Pour les médecins travaillant au sein de la maison médicale de Gérardmer, la motivation résulte d'une dynamique de groupe. Certains d'entre eux, moins impliqués dans l'innovation et l'expérimentation de nouvelles pratiques, se déclarent influencés par des 'meneurs'.

Dr E :

« La motivation, nous, on est un cabinet de groupe. La motivation s'appelle Patrick Bastien. C'est clair et net, c'est le « tracteur » et moi je me sens un peu le « suiveur » derrière. En règle générale, on n'essaie pas trop de lui mettre des bâtons dans les roues. On essaie de le suivre parce qu'il nous présente des trucs qui sont intéressants… »

Dr F :

« Motivation, j'insiste sur le côté, il faut des gens motivés et qui entrainent d'autres personnes. Moi je suis dans les entrainés. »

Pour le Dr F, son appartenance à une maison médicale est la raison de son implication au dispositif ASALÉE. Il avoue qu'il ne s'y serait pas impliqué s'il avait travaillé seul.

Dr F :

« Je rejoindrai Dr E surtout, c'est une motivation, moi j'aurais exercé seul (pas dans un cabinet de groupe), jamais je ne serais rentré dans un système comme ça, j'aurai plutôt fait autre chose : de la formation continue, enfin, j'aurais essayé de rester dans le même système classique. Me former faire des choses de ce style… S'il n'y a pas des tracteurs dans des groupes, si il n'y a pas des gens motivés qui tractent les autres, moi

aussi je suis un suiveur, je me considère comme un suiveur, j'essaie d'être un petit peu dynamique mais je suis suiveur. »

Les Dr G et E rejoignent leur confrère sur cet aspect. C'est l'appartenance au groupe et le projet commun de mettre en place ASALÉE qui les a motivés.

Dr G :

« Ma motivation, c'est qu'on a un groupe où on a tout. Enfin à Gérardmer on a cette chance là, on a les médecins qui sont motivés, on a l'infirmière qui apporte un plus évident, et tout le monde s'est impliqué et finalement… »

Dr E :

« Ben… La motivation après, c'est une motivation un peu de groupe quand même, parce qu'on est dans un groupe, je ne vois pas dans la maison médicale quelqu'un dire ça ne m'intéresse pas et d'autres qui diraient… Y en a 4 qui feraient ou 3 qui feraient et 2 autres qui ferait pas 'à côté', ce serait quasi impossible de le penser en dehors du groupe. On fait quand même parti d'un groupe médical, on essaie de discuter des projets et on essaie de les faire ensemble. Autrement, l'intérêt c'est que tu nous avais présentés… Parce que, nous, on n'a pas de recherche comme Dr A sur des ateliers de patient ou des choses comme ça, ça nous aurait pas venu à l'idée spontanément. Par contre, quand on nous a présenté le projet, on a trouvé ça intéressant, on nous a présenté un film, on a vu des gens qui étaient satisfaits, des patients, des médecins. Alors, on s'est dit pourquoi pas tenter l'expérience chez nous et voilà. Sans trop savoir non plus ce que ça allait être au bout du compte quand même : entre ce qu'on a vu et ce qu'on vit c'est pas tout à fait la même chose. »

Pour le Dr B, travaillant seul, et Dr C, impliqué seul dans sa maison médicale, ASALÉE est une opportunité de travailler en groupe, alors qu'ils n'auraient pas pu se lancer dans un tel dispositif seuls.

Dr B :

« … c'était une opportunité pour nous de le faire à l'intérieur d'un cabinet médical en médecine générale et c'est un peu un challenge, et le faire en groupe c'est beaucoup plus intéressant. Moi, je me demandais comment je pourrai faire seul, le fait d'avoir eu cette opportunité, avec le Dr Gauthier, c'est intéressant cette expérience… de se lancer tout du moins, étant donné qu'il y avait la logistique derrière. »

Dr C :

« Alors, moi, je suis en cabinet de groupe, c'est en miroir par rapport avec Dr E, moi j'aimerai bien qu'on ait une dynamique de groupe comme vous avez vous à Gérardmer. Bon, j'ai un confrère qui ne veut ni aller à des réunions, ni se remettre en question dans sa pratique professionnelle et 2 jeunes consœurs qui ont des jeunes enfants et qui n'ont pas envie de s'investir de trop en ce moment, donc je suis obligé de 'faire avec' pour l'instant en espérant que ça évoluera. »

Dr D :

« Et puis finalement c'est vrai que la motivation de groupe, peut-être qu'il y a d'autres personnes qui s'intéressent à ça… »

I.E. UNE MOTIVATION QU'IL FAUT A TOUTE EPREUVE

Dr F et Dr E insistent sur le fait que l'adhésion au dispositif et sa bonne mise en œuvre nécessitent une motivation forte, notamment en prenant l'exemple de l'échec à la maison médicale d'Épinal.

Dr F :

« Pour apporter des points négatifs, les réunions comme tu as dit, la réunion de Poitiers avec Mr Gauthier, quand tu voyais la lourdeur, il fallait avoir une bonne infirmière, c'était le pivot, il faut avoir un réseau informatique, il fallait avoir… »

Dr A :

« un local, »

Dr F :

« … inviter les patients. Purée, tu te dis, est-ce que ça vaut le coup ? C'est quand même lourd, c'est pas un gars qui te motive et qui s'occupe du dossier et qui te monte le dossier qui s'occupe de toutes les tâches ingrates et il faut y passer du temps. Il y a des tas de problèmes à résoudre. J'insiste sur le point, il faut des gens motivés et des gens qui adhèrent à leur système. J'y adhère mais enfin voilà vous avez compris ce que je voulais dire. La question c'est quoi ? La motivation ? C'est essentiellement dû à la dynamique de groupe du cabinet. Comme dit Dr E, je me vois mal dire non sur l'intérêt. »

Modérateur :

« On va y revenir… »

Dr E :

« Autre chose, quand on parlait de la maison médicale d'Épinal des Images, moi je pense que le problème des Images, c'est pas l'infirmière, il y a eu des problèmes d'infirmières, certes. Mais la première réunion aux Images, on voit bien qu'il y a des gens qui sont motivés et qu'il y en a des autres qui veulent faire plaisir mais qui ne vont pas y aller. Donc c'est sûr que ça ne marchera pas correctement. »

MOTIVATIONS

- Une volonté de se munir d'un outil ETP au sein du cabinet de médecine générale pour assurer une meilleure prise en charge des patients.

- Une nécessité de recourir à la délégation de tâches afin d'offrir plus de disponibilité aux patients et d'éviter un épuisement des médecins.

- L'innovation est séduisante pour l'évolution de la médecine générale libérale.

- L'émulation du groupe est à l'origine d'une dynamique qui motive les médecins : à la fois pour les médecins seuls qui souhaitent se regrouper mais aussi pour les médecins en groupe.

- Cette motivation doit être sans faille pour que le projet réussisse et se pérennise.

II. ASALEE AU QUOTIDIEN

II.A. UNE MEILLEURE GESTION DU DOSSIER INFORMATIQUE

L'émulation relative au dispositif contraint le Dr H à améliorer ses compétences informatiques, incontournables à la bonne gestion du dossier médical informatisé.

Dr H :

« Je commence à m'y mettre aussi grâce à ça, puisque je suis un piètre utilisateur d'ordinateurs, logiciels, et compagnie. Et puis finalement, grâce à ça, on va dire, grâce à ce système, je suis obligé de m'y mettre un petit plus encore. J'ai encore beaucoup de progrès à faire mais bon… »

« C'est une obligation, je suis obligé de forcer, pour le faire parce que j'y suis réticent. »

L'optimisation du dossier informatique et l'homogénéisation du remplissage de celui-ci rendent l'utilisation plus aisée entre chaque médecin et permettent une utilisation à des fins statistiques.

Dr H :

« … puisqu'il y avait d'autres questions, il y a une chose qui est quand même importante, c'est que une fois de plus, je veux dire que c'est presque le point de départ, ça fait longtemps qu'on dit, entre nous, faut qu'on parle du même langage. Il faut qu'on utilise le même logiciel, il faut qu'on ait les mêmes maquettes, il faut qu'on… On l'avait déjà fait jusque là ? Non… »

Dr A :

« On commence à le faire. »

Dr H :

« Aujourd'hui, on est obligé de le faire, et ça commence à nous rendre de sérieux services parce qu'on a beaucoup plus de lisibilité, on fait tous la même chose, donc on atteint quelque chose qui est beaucoup plus exploitable en statistique aussi. Je crois que ça va vers un réel progrès. »

Dr A :

« Oui et puis vous avez fait une étude, il n'y pas longtemps, sur les automesures tensionnelles, grâce à ce langage commun, et puis, à laquelle je pourrai me rattacher

ou nous pourrions nous y attacher parce que j'ai une population de je ne sais plus combien d'automesures tensionnelles qu'on pourrait venir additionner à vos 120. »

L'action de l'IDSP a permis, par le bon remplissage des dossiers, une meilleure exploitation du dossier informatique du cabinet : les médecins sont dorénavant capables de quantifier le nombre de patients suivis pour une pathologie ou un facteur de risque spécifique.

Modérateur :

« ... il y a un élément qui n'a pas été dit, je le dis quand même, c'est que ça nous a permis chez nous, pour la première fois, de quantifier (Dr B, qui était bien organisé, le savait) de quantifier le nombre de diabétiques qu'on avait, ce qu'on ignorait totalement. »

Dr A :

« Ça on le sait depuis le début qu'on fait partie d'ASALÉE. Mais ne serait-ce que ça… »

Modérateur :

« Oui, on ne savait rien du tout »

Dr A :

« On sait déjà plus de choses, puisqu'on a commencé à faire de la CispV2. Nos facteurs de risque, je ne sais pas, vous les avez quantifiés aussi, donc on est capable de sortir des… »

Modérateur :

« Mais que depuis cette année ! »

Dr A :

« C'est sûr, ça a fait faire des progrès énormes dans la gestion du fichier. »

Les médecins utilisent un langage commun au sein de leurs dossiers informatiques. Ils considèrent que cette uniformisation leur permet de retrouver des informations dans les dossiers de leurs collègues : ils parlent de dynamique de dossier.

Dr H :

« On a un langage commun, beaucoup plus commun, parce que finalement regarde, avant ça, on avait chacun un peu notre façon de faire, on s'y retrouvait pas, d'ailleurs, on le disait même entre nous : « Ah ton dossier, je ne m'y retrouve pas ». Aujourd'hui, au moins sur ce sujet là, on s'y retrouve beaucoup mieux parce qu'on a les mêmes maquettes. »

Dr G :

« Non pas tout à fait, on a peut être gagné une dynamique, comme disait Dr H, on a gagné une dynamique en terme de dossier. »

II.B. LA SUPERVISION DES DOSSIERS

II.B.1. La supervision permet une amélioration des pratiques

La supervision des dossiers par l'IDSP participe à l'amélioration des pratiques médicales, d'après Dr E. Le regard de l'IDSP sur les dossiers de ses patients lui a permis de suivre les recommandations en terme de dépistage de neuropathies chez le patient diabétique au cours de sa consultation et de s'assurer du bon suivi des recommandations dans le dépistage de masse du cancer du sein de ses patientes. Dr C confirme cet aspect d'amélioration des pratiques, notamment en terme de dépistage des rétinopathies diabétiques et dépistage des cancers colorectaux. La supervision oblige le praticien à appliquer les recommandations scientifiques.

Dr E :

« Moi, j'ai encore quelques éléments à raccrocher. Sur la supervision, au départ, on se dit, il y a une infirmière qui va regarder mes dossiers… Déjà dans le cabinet de groupe, on a quand même l'avantage, c'est que on est pas tout seuls à regarder nos dossiers, puisque les patients, même si ils sont attachés à un médecin, ils peuvent aussi bien en voir un autre pendant ce temps là, donc ce n'était pas un trop gros soucis, c'était pas une crainte. Et puis, dans le suivi des patients, il y a des choses, par exemple, si on fait un diabète, il y a des protocoles, on les suit, à peu près, moi je faisais pratiquement jamais les mono-filaments, maintenant ça y est je les fais, je fais à peu près tout le reste correctement, sauf ça. Il y a des choses aussi que je laissais tomber, par exemple, moi je demande au patient, si je ne fais pas le suivi gynécologique, « qui est-ce qui fait votre suivi gynécologique ? », après je ne m'occupais plus de qui avait fait ses mammographies parce que finalement c'est pas à moi de le faire. L'infirmière va quand même le remettre dans le dossier, donc du coup je repose la question, « Ah non je ne l'ai pas fait » ou « Je l'ai fait avec mon gynécologue ». Donc c'est des trucs qui m'ont permis d'améliorer la qualité du suivi. »

Dr C :

« Et effectivement, moi je suis comme toi, c'est sur les micro-filaments, sur les mammographies et les coloscopies, c'est là où ces rappels me permettent de… »

Modérateur :

« Le fond d'œil aussi ? »

Dr C :

« Oui, fond d'œil, mais d'autant qu'on n'a pas toujours les comptes-rendus non plus. Alors, du coup, je redemande au patient, et le patient en fait il l'a fait mais il n'y a rien dans le dossier, je marque juste qu'il l'a fait, je n'ai pas de compte-rendu. »

Modérateur :

« Ça montre quand même, la modification de comportement du fait de la supervision par l'infirmière. »

Dr A :

« Amélioration de la qualité du service médical rendu ! »

Dr B compare l'activité de l'IDSP à celle d'un audit qui serait positif. L'IDSP vérifie par le biais de la supervision que le médecin est à jour dans le suivi de ses patients.

Dr B :

« Sur la supervision, ça permet justement de savoir ce qu'on fait parce qu'on n' a pas toujours l'occasion de vérifier ce que l'on fait, sauf si on a un audit. C'est un petit peu un audit, c'est effectivement un audit, ça permet de savoir si on a un maximum de gens/patients qui sont à jour dans leurs différents protocoles de prévention. Pour ma part, j'ai été agréablement surpris mais j'étais assez systématique avant, bien que je sois sur du papier. »

« C'est un retour positif, c'est un audit positif disons »

Cette supervision ne semble pas poser de problème aux médecins du projet.

Modérateur :

« Alors, sur l'amélioration du service médical, on en a parlé, est-ce qu'il y a d'autres éléments que vous avez perçus, positifs ou négatifs, dans la supervision ? »

Dr A :

« Négatif ? Sur la supervision, non… »

Modérateur :

« Non ? Négatif, est-ce que certains ont… »

Dr D :

« Non »

II.B.2. Mais, la supervision est aussi un obstacle intellectuel à l'expansion de ASALÉE

Alors que la supervision est bien accueillie par les protagonistes du dispositif, il n'en est pas de même chez tous les médecins. La supervision n'est pas anodine, elle peut être un obstacle à l'expansion du dispositif comme le souligne Dr A. Initialement, les instigateurs d'ASALÉE Vosges désiraient un développement d'un plus grand nombre de pôles au sein du département. Afin de satisfaire leur souhait, ils se sont rendus auprès d'autres confrères installés dans les Vosges. Ils n'ont pas reçu l'accueil qu'ils espéraient : les médecins n'ont pas souhaité tester l'expérience, ceux-ci craignaient le caractère intrusif de la partie du travail de l'IDSP portant sur les dossiers médicaux des patients. Cette difficulté de promotion d'un mode d'exercice non traditionnel est également un frein à l'extension de l'expérimentation et peut faire douter quant à sa généralisation. Le fait d'être maitre de stage pour la majorité des médecins ASALÉE a facilité l'acceptation de la supervision : le stagiaire pose déjà son regard critique sur le dossier du médecin.

Modérateur :

« Parce qu'il y a effectivement, ce que dit Dr E, dans un cabinet où on a déjà des dossiers partagés et en réseau, l'aspect supervision entre guillemets, elle existe déjà de fait, ce qui est moins évident, chez les gens qui travaillent seuls, c'est la première fois qu'un tiers vient jeter un coup d'œil dans le dossier. »

Dr A :

« Et à ce sujet là, ce serait quand même bien de rappeler l'anecdote romarimontaine. Parce que l'œil qui vient par dessus ton épaule regarder ce que tu fais, ce que tu as marqué dans ton dossier, ce n'est pas anodin. Nous on l'a tous relativement bien accepté. Ça n'a pas du tout été le cas dans un cabinet qui s'est violemment révélé alors qu'il y avait un groupe de 5 avec une belle maison médicale, 2 médecins qui étaient prêts à rentrer dans ASALÉE, les 3 autres ont fait le forcing pour arrêter le procédé ASALÉE à cause de cet œil extérieur qui venait regarder dans leur dossier. »

Dr C :

« Mais quand on est maitre de stage, on a déjà un œil extérieur. »

Dr B :

« Ah oui, c'est ça que j'ai oublié de dire. »

Modérateur :

« Et là ils étaient maitre de stage ? »

Dr A :

« Les 3 opposants n'étaient pas maitres de stage. »

Modérateur :

« Là vous avez mis en évidence plusieurs éléments. »

Dr A :

« C'est un truc à mettre en avant quand même. La supervision, ça n'a pas été anodin pour tous les médecins. Pour nous, c'est parfaitement accepté maintenant. »

Dr C :

« Et le fait d'être maitre de stage, ça rend plus facile la supervision. »

II.C. LA DELEGATION DE TACHES

II.C.1. Une délégation intéressante mais une gêne initiale vis-à-vis des patients

Dr A décrit la notion de délégation de tâches dans ASALÉE et rapporte que c'est ce qui l'intéresse.

Dr A :

« La deuxième remarque, c'est qu'effectivement ASALÉE, c'est pas que de l'ETP, c'est aussi de la supervision, c'est du travail sur les fichiers, c'est de la délégation de tâche pour de l'Hemoccult, de la délégation de tâche pour l'automesure tensionnelle et finalement ce qui est très étonnant c'est que quand on est au départ motivé pour faire de l'ETP, ce qui est le plus profitable pour nous, c'est à mon avis, la délégation de tâches. Pour moi, en particulier, ce qui m'intéresse moi là-dedans, c'est les automesures tensionnelles, c'est les Hemoccult quand elle est là, c'est la supervision avec les alertes dans mon dossier, c'est le travail d'extraction de sous populations dans le fichier. Tout ça, c'est intéressant pour moi. »

Au début de la délégation, Dr E était gêné de demander aux patients de revenir auprès de l'IDSP pour un acte qu'il réalisait lui-même pendant sa consultation. Cette gêne a rapidement disparu puisqu'actuellement plus personne n'est embarrassé. Pour Dr E, il est parfois toujours

difficile de déléguer lorsque le patient habite loin du cabinet, et lorsqu'il faut le faire revenir à plusieurs reprises.

Dr E :

« Autrement pour finir sur la question, c'est les Hemoccult sur lesquels j'avais un peu de problème parce que si elle est là, ça ne me dérange pas de dire aux gens « allez chez l'infirmière etc ». Mais les faire revenir pour un Hemoccult, c'est un peu déroutant. C'est un acte quasi médical pour la tension mais ça ça ne les gêne pas, mais les faire revenir alors que je ne les vois pas. Ils m'ont mis leur enveloppe sur la table, je leur dis : « Vous remballez ça ». J'ai trouvé le système, je dis : « Je n'ai plus les papiers, j'ai tout laissé à l'infirmière, je ne peux plus le faire » »

Rires

Dr F :

« Oui au début cela me gênait et puis par facilité, tu as tendance à... Ça ne me gêne plus du tout maintenant. »

Modérateur :

« Qui est-ce qui est gêné ? »

Dr F :

« Plus personne n'est gêné… »

Dr E :

« Moi, des fois, j'ai une clientèle un peu différente, comme je recrute des fois assez large, ils sont loin, c'est difficile de revenir, de faire 20 km pour voir l'infirmière et qu'elle explique comment faire un Hemoccult, c'est un peu compliqué. »

II.C.2. Gain de temps sur les automesures tensionnelles

Les Dr E et A expliquent que la gestion des automesures tensionnelles par l'IDSP leur permet d'économiser du temps. Ils ne s'occupent plus du tout des automesures et envoient systématiquement à l'IDSP les patients qui nécessitent une automesure.

Dr E :

« Elle nous fait gagner du temps… »

Modérateur :

« En tout cas au cabinet, je ne fais quasiment plus d'automesure, je ne sais pas si un de mes confrères en fait ? »

Dr E :

« Je ne fais plus du tout d'automesures. »

Dr A :

« Si ben les patients qui ont un appareil… »

Dr E :

« Même pas, parce que comme c'est standardisé et qu'elle calcule les moyennes, elle leur explique quand même comment ils doivent prendre leur tension. Ça on peut le faire aussi, mais c'est du temps de gagné. Il y a quand même un calcul de moyennes qui est fait, on ne le fait pas non plus. C'est elle qui le fait : expliquer comment ça marche, changer les piles... »

Dr A :

« Gestion de l'appareil, et oui ! Donc c'est très confortable. »

Dr E :

« C'est du temps qu'on est pas obligé de passer, et ça c'est bien. »

Dr A et Dr F expliquent alors à Dr C la façon dont fonctionnent les automesures tensionnelles réalisées par l'IDSP. Celle-ci gère également le matériel et permet de limiter les pertes lors des prêts des tensiomètres aux patients.

Dr C :

« Moi c'est pareil, je ne suis pas systématique. J'ai 8 appareils d'automesure tensionnelle à distribuer aux patients, ils sont tout le temps partis. C'est vrai que je n'ai pas lancé le truc, c'est moi qui le fais le plus souvent et il faudrait que je les fasse repartir avec un rendez-vous, faudrait que je les fasse passer par le secrétariat, prendre un rendez-vous pour ramener l'appareil. Mais en même temps, j'ai des patients qui gardent les appareils 1 mois, 2 mois, voire plus… Je suis obligé de les rappeler. »

Dr B :

« Moi au début je les perdais. »

Modérateur :

« Est-ce que quelqu'un pourrait expliquer le procédé utilisé à Gérardmer ? »

Dr F :

« L'automesure ? Ils prennent un rendez-vous auprès de l'infirmière qui leur explique comment fonctionne l'appareil, le protocole, leur donne la petite fiche de recueil des données (vous connaissez, 3 prises de tension matin, midi et soir). Ils ramènent

l'appareil et la feuille à l'infirmière sans prendre de rendez-vous. L'infirmière fait les moyennes (matinale, soirée et générale), scanne le document et le range dans le dossier et nous met une alerte. »

Modérateur :

« Donc on ne fait quasiment plus d'automesure dans le cabinet. »

Dr A :

« Je fais pareil et c'est royal ça. »

Dr C :

« Mais en fait, est-ce qu'il vous arrive de faire revenir le patient pour faire l'automesure ? Ou est-ce que c'est fait dans la foulée ? »

Dr F :

« Ah oui, oui, oui, ils reviennent. »

Dr C, qui ne délègue pas encore ses automesures tensionnelles à l'IDSP, rejoint l'opinion de ses collègues sur la gestion du matériel.

Dr C :

« Et pour les mesures ambulatoires de la tension artérielle, les rôles de l'infirmière ce serait de vérifier que les appareils ne dérivent pas. Parce que ça c'est un problème aussi, quand on confie un appareil à la maison… »

II.C.3. Amélioration de la qualité du service médical rendu et du recueil de l'information

Pour Dr C, l'IDSP apporte une qualité dans le suivi de ses patients : sur l'aspect prévention mais également dans les conseils diététiques. Pour Dr E, c'est par sa plus grande disponibilité qu'elle obtient plus de renseignements sur le patient que le médecin lui-même alors que celui-ci suit le patient depuis des dizaines d'années.

Dr C :

« Moi, je trouve ça génial parce que jusque là, c'était une gymnastique intellectuelle permanente de se dire « C'est une gamine qui a 14 ans, est-ce qu'elle a commencé son Gardasil ? C'est un gars de plus de 50 ans, est-ce qu'il fait ses coloscopies ? » etc… C'est pas facile de penser à tout sur une consultation d'un gars qui vient pour une pharyngite ou un gars qui vient parce qu'il a mal au pied et c'est vrai qu'on beaucoup

de choses à gérer et si on veut faire de la prévention, ça oblige à une gymnastique vraiment énorme, parce qu'il faut penser à des tas de choses en même temps et la présence de l'infirmière, moi, ça m'a vraiment soulagé énormément par rapport à tout ça. Et par rapport à la qualité du suivi, à chaque fois je me repose la question de quand date le dernier examen chez le cardiologue, le fond d'œil, la biologie etc… Elle m'amène déjà des choses donc ça c'est vraiment intéressant. Et puis c'est vrai que la partie discussion diététique, on sais très bien qu'on en va très loin, que moi la plupart du temps quand je leur demande de revenir avec ce qu'ils ont mangé dans les 3 jours précédents, ils ramènent pas le papier ou alors ils ramènent un papier où c'est inexploitable. »

Modérateur :

« Ils le ramènent mieux chez l'infirmière ? »

Dr C :

« En tout cas, je ne sais pas si ils le ramènent mieux, mais elle arrive, avec le temps de la consultation, à les faire s'exprimer sur ce sujet, sur ce qu'ils ont mangé. »

Dr E :

« Elles ont plus de temps »

Dr C :

« C'est sûr que le temps ça compte pour moi, pour faire remonter des données. »

Dr E :

« C'est un truc dont on n'a pas parlé tout à l'heure, je suis un peu jaloux de voir des fois avec l'infirmière parce qu'elle prend plus de temps, elle va avoir des renseignements que j'ai pas. Je me dis : « Qu'est-ce que j'ai raté ? » parce qu'elle a eu l'information comme ça peut se passer avec un remplaçant ou un stagiaire, ça arrive aussi ça. »

Dr A :

« Moi aussi, j'ai eu cette réflexion là cette semaine où je vois un vieux papy, j'ai lu son grand baratin, elle avait trouvé des trucs que je n'avais jamais eu alors que je le suis depuis 25 ans. »

Pour le Dr E, l'aide de l'IDSP a permis de suivre les recommandations en terme d'HTA : il n'instaure un traitement antihypertenseur qu'en cas d'automesure tensionnelle pathologique (et non plus sur de simples mesures au cabinet).

Dr E :

« Pour nous, ça sert, de toute façon, les Hemoccult et les automesures, moi je suis très satisfait, je ne mettais pratiquement jamais de traitement sans faire une automesure… »

Le Dr F nous illustre l'intérêt des automesures avec un exemple qui aura évité l'augmentation d'un traitement antihypertenseur non nécessaire. ASALÉE améliore donc la prise en charge et évite les effets iatrogéniques.

Dr F :

« Pour anecdote, le document est dans le dossier, le cardiologue il dit : « Augmente le traitement pour la tension, elle est hypertendue ». Prochaine consultation, je n'augmente pas le traitement, consultation cardiologique suivante, je lui envoie les 2 automesures, alors il grogne un peu, sur 3 jours, la dame elle avait 10-11 de tension systolique, « c'est pas possible » il dit « il doit y avoir une erreur ou ça ne marche pas… ». La patiente me rapportait ça… »

Dr A :

« Il doit se dire « Il achète ses appareils au camion » »

Rires

Dr F :

« Il critique, et là je dis « Non non non non, vous avez bien vu, vous n'êtes pas hypertendue, vous êtes hypertendue chez le cardiologue et chez moi mais pas chez vous » »

II.C.4. Une disparité dans le recours à la délégation

Il existe une disparité dans le recours à l'IDSP pour déléguer. Certains médecins délèguent facilement toutes leurs automesures alors que d'autres ne laissent pas l'IDSP s'occuper des protocoles dépistage des cancers colorectal et du sein.

Dr D :

« Je ne le fais pas trop faire, j'avoue que ce n'est pas très… On commence seulement avec les automesures. »

Dr A :

« Les automesures, c'est drôlement bien. Ça marche très bien. »

Dr D :

« Le reste, on ne lui met pas en consultation les gens pour les Hemoccult. Par contre, elle regarde les mammographies. En fait, c'est très partiel, il y a encore du travail. »

Dr B :

« Moi, elle ne fait pas tous les Hemoccult, elle en fait quelques uns. Ce n'est pas systématique. »

Pour Dr, E, c'est systématique dans les cas des Hemoccult qui sont systématiquement adressés à l'IDSP.

Dr E :

« Nous on renvoie pour un Hemoccult, maintenant, c'est systématique, je ne les fais plus quoi, donc les gens reviennent, donc on leur dit, ils prennent rendez-vous : « Vous reviendrez pour faire l'Hemoccult » et ils reviennent en général. Pour ça, ils reviennent… »

II.C.5. Une délégation vue d'un mauvais œil par les infirmières libérales

La délégation des automesures tensionnelles a été ressentie par les infirmières libérales comme une concurrence vis à vis des prises de tension à domicile par leurs soins qui peuvent être prescrites par les médecins.

Dr G :

« Je tiens à signaler que notre infirmière libérale a vu d'un mauvais œil les automesures. »

Dr F :

« Ça c'est vrai. »

Dr D : P

« Pourquoi ? »

Dr G :

« Parce qu'elles ont une diminution de leurs actes en tant que libéral, elles se sont dit… »

Dr F :

« Elles ne font pas d'automesure mais des prises de tension à domicile sur 3 jours. »

Dr A :

« Vous en faisiez avant ça ? »

Modérateur :

« Mais ce n'est pas de l'automesure… »

Dr F :

« Oui j'en faisais… »

Dr B :

« Mais ce n'est pas la même chose. »

Modérateur :

« Ce n'est pas une automesure la prise de tension par une infirmière. »

Dr F :

« Ce n'est pas une automesure, mais les infirmières libérales savent que l'automesure va leur piquer du travail. Surtout que moi j'en faisais. »

Dr G :

« Le problème, c'est qu'elles ont une baisse de leur activité. Elles auraient eu plein de boulot, elles s'en fichaient… »

Dr F :

« C'est pas une baisse énorme, ce n'est pas très côté, je ne pense pas. »

Dr E :

« Les infirmières, des fois, elles ont beaucoup de boulot, des fois, elles n'en ont pas beaucoup. Quand elles n'en ont pas beaucoup, elles commencent à chercher du boulot. »

Dr F :

« Il y avait d'autres soucis, il n'y avait pas que la tension, il y avait quoi aussi ? »

Dr E :

« Non, mais ce n'était pas par rapport à la tension mais comme elles avaient moins de travail, elles essayaient de récupérer du travail à côté. »

II.C.6. La méthodologie de l'ETP à revoir ?

Pour Dr A, la méthodologie de l'ETP dans ASALÉE est à revoir, l'organisation n'est pas assez structurée.

Dr A :

« C'est tel que je le ressens. Ce n'est pas bon parce que ce n'est pas assez structuré, c'est à dire qu'il n'y a pas de diagnostic éducatif, il n'y a pas de programmation des séances, il n'y a pas d'évaluation après. La sélection des patients est faite au bon

vouloir du médecin parce que l'infirmière vient te voir et puis elle te dit je n'ai plus de boulot, tac, tu lui en inclues 2 ou 3 comme ça, alors qu'il n'y a pas eu de réflexion pour lui mettre ce type de patient plutôt que celui-là. Et donc au point de vue de l'ETP, ça me paraît pas suffisamment structuré. Et c'est pour ça qu'en réintroduisant l'ETP de groupe, à mon avis, là on boucle la boucle, parce que l'ETP en groupe nous permettra justement de retrouver une structure, quelque chose de plus académique que ce qu'on fait (bien quand même). Mais je nuance ce que je dis… »

« Mais l'ETP en tant que tel en individuel dans ASALÉE, à mon avis, ce n'est pas bon. »

Au départ, les médecins avaient expérimenté l'ETP de groupe par l'intermédiaire de 'l'atelier du patient'. Au sein de ASALÉE, l'IDSP pratique de l'ETP individuelle. L'ETP de groupe est une organisation dans laquelle les médecins s'identifient le mieux.

Dr H :

« Oui au départ, je ne partais pas sur l'ETP, puisque au départ on ne partait pas là-dessus… »

Modérateur :

« Dans ASALÉE il n'y a pas que l'ETP… »

Dr H :

« Au départ, on ne partait pas là-dessus. On partait sur une relation individuelle. »

Dr A :

« Le cheminement ne s'est pas fait comme ça : au départ, on partait avec l'atelier du patient, c'était des groupes qui tournaient. »

Dr H :

« Tout à fait »

Dr H :

« On a combiné les 2. »

Dr A :

« Donc au point de départ c'était groupe, c'est devenu individuel quand on est revenu de Poitiers et maintenant on repartirait un peu au groupe. »

Dr H :

« Et le groupe on y tenait parce qu'on avait déjà commencé avant. »

II.D. OBSERVANCE

II.D.1. Difficultés à l'inclusion des patients

Les médecins éprouvent des difficultés à adresser des patients à l'IDSP pour les entretiens individuels d'ETP notamment. Le changement d'habitude qu'est la relation médecin-patient est difficile à faire passer auprès des patients.

Dr C :

« Alors, moi, j'ai du mal à lui… Enfin, je rame parce que je lui envoie du monde, j'essaie et j'ai quand même pas mal de refus de la clientèle. Et je suis même assez surpris parce que il y a beaucoup de gens, je leur dis : « Profitez-en : c'est gratuit, elle est là pour discuter avec vous de votre maladie ». Et les gens sont dans leurs habitudes, ils viennent chercher leur traitement et puis tout d'un coup, on leur propose autre chose, et ça leur fait peur. Je trouve ce n'est pas évident. Ce n'est pas si évident que ça en fait. Je ne sais pas si vous avez les mêmes difficultés ? »

Dr F :

« Oui »

Dr A :

« C'est le cycle de Prochaska, c'est dur les faire rentrer dans la modification de comportement, il faut les travailler, tout d'un coup, ils sont prêt et, hop, on y va. »

Dr G :

« Les internes ou stagiaires ou remplaçants y arrivent mieux que moi sur ma clientèle. Ils ne se posent pas de question. Un diabétique et hop : ASALÉE. »

Dr C :

« Mais nous, effectivement, on a un rapport avec le patient qui a une antériorité et tout un historique, il y a des tranchées qui ont été creusées, on a chacun nos positions alors que le remplaçant ou le stagiaire, il arrive tout neuf là-dedans, ça marche. »

Rires

Dr D :

« Non mais finalement c'est vrai ça, parce que j'ai plus facile d'inclure des patients de mon collègue que les miens. Je leur dis « Mais pourquoi vous ne faites pas ? C'est intéressant, je vais vous expliquer… » et, en fait, c'est comme ça que j'arrive à les motiver les siens. Moi j'ai plus de mal avec ma patientèle, c'est rigolo »

Dr A :

« Oui parce qu'on s'est enkysté dans nos positions. »

Dr D :

« Oui oui »

Le patient a des habitudes dont il est difficile de l'en sortir. Ces habitudes sont à l'origine de nombreux refus de participer à l'expérience.

Modérateur :

« Ça, il y en a plusieurs qui le pensent, qui ont constaté ça ? »

Dr F :

« Oui et puis le patient, il vient en consultation, il vient pour le schéma classique quoi, on lui propose quelque chose de neuf, c'est pas ce qu'il vient chercher. Il est venu pour divers motifs de sa consultation, mais il n'est pas venu… Souvent on lui propose autre chose et, il n'est pas venu pour ça quoi. Et même si on lui parle, un gars motivé qui va le proposer… C'est vrai que ce n'est pas facile… »

Modérateur :

« Ton quotidien, comment il est vécu depuis un an ? »

Dr F :

« Ben j'ai du mal à… Il y a des refus, je dirai les refus, c'est 9 sur 10 »

Dr A :

« Ah oui !? »

Dr F :

« Ah oui, oui, oui ! 9 sur 10 refusent : « Je veux pas de l'ASALÉE » C'est gratuit, on discute, je prends rendez-vous etc… L'infirmière est sympa, vous discutez de ci et de ça, pas de contraintes. Alors justement, on n'est pas assez directif, je pense, on devrait être plus, pas de bla-bla, allez-y, faut y aller. On devait être peut-être plus direct et moins… C'est comme quand tu proposes à quelqu'un… »

Dr C :

« Il y aussi des gens qui ne viennent pas. On leur a mis le rendez-vous et puis ils n'honorent pas le rendez-vous. Si on force de trop et bien, on arrive à un point de rupture. »

Dr F :

« Surtout les gens qui en ont besoin, même ceux qui en ont le plus besoin, ceux qui restent c'est ceux qui en auraient le moins besoin. Les gros facteurs de risque cardiovasculaire, ils ne bougent pas, ils connaissent le truc, ils savent tout mais il dit « elle va m'embêter, je sais ce qu'elle va me dire, elle connaît tout docteur ! Il faut

que je perde du poids. Elle va me bassiner sur la diététique, elle va me bassiner sur le sport, elle va me bassiner sur pleins de trucs, moi j'ai pas envie qu'on m'embête, je suis venu chercher mes médicaments. Je suis bien équilibré Docteur ? Vous faites bien votre boulot, ça me suffira… »

Cet avis est partagé avec Dr G qui décrit des patients non volontaires pour modifier leurs habitudes alimentaires et qui préfèrent prendre un traitement.

Dr G :

« Mais il y a des patients qui viennent clairement chercher des médicaments et qui ne veulent pas changer de comportement. Ils disent : « le comportement, c'est culturel, ça m'appartient, je reste avec mon comportement, je viens chercher de l'anti-cholestérol, une statine et je vais continuer à manger mes croissants au beurre ; c'est tout. » »

Dr C :

« Et le nombre de patients, qui, la main sur la poignée de la porte avant de sortir, disent : « au fait, docteur, il n'y a pas quelque chose pour maigrir ? » On sent qu'ils disent ça à ce moment là parce qu'ils n'ont pas envie qu'on remette en question toute leur diététique. Ils voudraient savoir si des fois, il n'y a pas un médicament qui… »

II.D.2. Des difficultés à maintenir les patients motivés et adhérents au projet

Dr E évoque la lassitude que les patients finissent par avoir après avoir consulté l'IDSP pour plusieurs séances d'ETP. Ces patients qui étaient compliants au départ ne désirent plus rencontrer l'IDSP. Il est rejoint par Dr H qui partage cet avis.

Dr E

« ... par contre, pour l'ETP, enfin, pour le suivi comme ça diététique où c'est un peu plus difficile, ça m'embête un petit peu parce qu'on a eu la même discussion hier, un peu sur le même sujet, les inconvénients qu'on a, je ne sais pas à quoi ça tient, c'est que les gens, effectivement on peut faire changer les gens qui veulent changer, ça tout le monde le sait. Mais qu'on voit mes gens qui sont même un peu motivés, ils font une réunion, deux réunions, enfin, un rendez-vous, deux rendez-vous et après le troisième, ça devient dur, je leur dis : « Vous n'y retournez plus ? – Ben non, je n'ai plus besoin ou je n'ai plus envie » Donc il y a des gens, on a du mal à les, moi je pensais qu'on allait avoir un rendez-vous tous les 6 mois ou tous les ans alors peut-être qu'on ne

travaille pas bien, peut-être que quand ils prennent un rendez-vous chez nous, il faudrait que à la sortie, ils aillent directement chez l'infirmière, on devrait peut-être faire des rendez-vous couplés qu'ils aient l'impression que ça fasse partie de leur prise en charge. Et effectivement, ce qu'il ne faut surtout pas, les gens qui ne viennent pas au rendez-vous, c'et qu'on les a un peu forcés : « Si, si, il faut y aller, c'est vachement bien ». J'ai l'impression aussi, c'est quand on a vu le film, on se disait : « Ouah, c'est génial, tout le monde est… » Toi le film il t'avait vachement plu parce qu'on a l'impression que tout le monde en demande : les médecins, les patients et dans la réalité, c'est quand même pas tout à fait comme ça. »

Dr H :

« Enfin, ce que je voulais dire, c'est que vous êtes effectivement, j'entends un problème qui revient sans arrêt, c'est les patients qui ont leurs habitudes, le suivi de ces patients là, bon, ils y viennent, ah oui, c'est super, et puis au bout d'un moment, ils se lassent. Alors, effectivement, je suis tout à fait d'accord avec vous… »

Dr A explique également qu'une fois que l'IDSP a rencontré une majeure partie des patients d'un médecin, son volume de travail s'essouffle.

Dr A :

« Oui mais il y a bien d'autre choses à faire avec un diabétique. Et puis il y a un deuxième truc aussi qui fait que on arrive à un épuisement, c'est que on a tous un 'stock' de diabétiques, on en a tous entre 50 et 70, sur les 50 à 70, il y en a 30 qui sont faciles à motiver, ils sont passés chez l'infirmière, et bien, maintenant, elle a tourné, elle les a vus, elle les a revus, elle les a re-revus. Mais les autres, ils ne bougent pas encore. »

Dr C :

« Et puis, ceux qu'elle a vus au début, maintenant viennent un peu moins. »

Dr A :

« Alors donc, comme on pas d'autres protocoles derrière, et ben, elle arrive à une sorte d'épuisement de ralentissement et puis elle se remet en question : « Alors qu'est-ce que je fais, je sers à quoi, maintenant ? Et puis au mois de juin, qu'est-ce que je vais faire ? ». Elle est démotivée. »

II.D.3. Des propositions de solution pour une meilleure observance

Pour résoudre ces problèmes d'inclusion, le Dr A propose une consultation à 3 : patients, IDSP et médecin. Cette consultation commune permettrait de symboliser le contrat éducatif et permettrait d'augmenter le taux de recrutement des patients.

Dr A :

« Le problème c'est qu'au niveau de l'inclusion, c'est relativement compliqué, c'est à dire que, quand on a réussi à motiver le patient et cela peut durer pendant plusieurs consultations de suite, une fois qu'il est motivé pour entrer dans le cycle d'essai de modification de son comportement, c'est là où ça pêche dans notre ASALÉE, il faudrait qu'on ait une consultation en commun tous les 3 : l'infirmière, le médecin et le patient pour qu'on puisse à trois, vraiment déléguer le travail à l'infirmière en lui disant : « Voilà le patient, il a ce profil, il a ce diagnostic éducatif, il faudrait travailler sur tel et tel et tel chapitre », et il faudrait essayer de programmer ça sur 4 ou 5 séances et faire une sorte de contrat, un peu d'éducation et revoir au bout du compte. Quand on adresse le patient à l'infirmière, c'est un peu comme si on lui disait : « Allez, débrouille-toi » »

Dr H propose quant à lui d'inclure les patients au dispositif le plus tôt possible afin d'obtenir la meilleure observance.

Dr H :

« Moi je vois une chose, personne n'en a parlé mais cela me semble primordial, c'est d'essayer de les inclure très tôt. Je veux dire par là que vous avez tous les jours, enfin, dans une année, vous découvrez, allez, une bonne dizaine de diabètes nouveaux, parce que c'est quand même, je suis prêt à parier, parce qu'expérimentalement chez nous, cela semble être le cas. C'est quand même quelque chose qui est en pleine évolution, qui est en pleine progression. Quand on les voit dès le départ les gens… »

Dr A :

« Ah oui c'est l'idéal »

Dr H :

« …qu'on est au stade seulement de l'approche diagnostique et qu'on les met tout de suite dans cette filière là, là à mon avis on a un meilleur résultat et on a plus de régularité de suivi par la suite. »

Dr A :

« Bien sûr »

Dr H :

« Parce qu'on l'a intégré tout de suite dans une démarche thérapeutique initiale. »

Dr A :

« Et on leur a fait comprendre qu'il fallait… »

Dr H :

« Alors que les anciens, eux, ont leurs petites habitudes. »

Dr A :

« Ils sont encroutés ! »

Dr H :

« Toi aussi, mais eux surtout, et toi quand tu veux changer les habitudes, eux ont du mal à suivre. Par contre si on le fait avec de nouveaux patients, je vous assure que ça roule drôlement bien. Et on en a l'expérience, on en parlait hier. »

Enfin, Dr A propose d'étendre les champs de recrutement des patients par l'IDSP pour éviter au dispositif de s'essouffler en redynamisant les inclusions. Par exemple, les patients BPCO pourront être reçus par l'IDSP en plus des patients diabétiques ou présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Dr A :

« Et je pense que si on veut redonner de la dynamique, il faudrait qu'on puisse y intégrer de nouveaux satellites ou de nouveaux programmes, qu'on ne fasse pas que diabète et facteurs de risque cardio-vasculaire mais qu'on fasse d'autres trucs : de la BPCO, qu'on fasse… »

L'information de la patientèle autour de l'expérimentation mérite d'être revue ou améliorée. Mais, attention, il ne faut pas en faire de la publicité.

Dr E :

« Je me posais la question, c'est, est-ce qu'on fait pas l'information dans le cabinet, c'est aussi parce que c'est comme quand on devait faire de l'éducation, c'est presque on fait une information assez rapide aux gens, oui, ce serait bien que vous alliez voir l'infirmière, ça va vous aider etc… Est-ce qu'on ne pourrait pas refaire une information au niveau des salles d'attente avec des petits… En expliquant un peu mieux, ce que c'est que cette infirmière et que quand on leur propose, au moins, ils sachent où ils vont et… »

Modérateur :

« Ça avait été fait, mais ça n'a pas été refait. Il faudrait qu'on le refasse je pense. »

Dr E :

« Que ce soit présenté comme un service qu'on leur offre et une chance qu'on leur offre. Des fois en fin de consultation, on dit qu'on est pressé, on sait qu'on a pris du retard sur la consultation, on n'a pas envie de perdre 5 minutes de plus voire 10 pour les convaincre d'aller… »

Dr H :

« Attention, pas trop de publicité non plus. »

Dr E :

« Ouais mais non juste informatif. »

Modérateur :

« À l'intérieur de notre cabinet »

Dr E :

« Qu'ils sachent ce que c'est, sinon il faut leur expliquer à chaque fois. »

Dr H :

« J'ai l'impression que la meilleure introduction ça reste nous-mêmes quand même. »

Dr E :

« Mais quand tu l'introduis, et qu'ils savent déjà, c'est plus facile à faire mais bon. »

QUOTIDIEN

- La gestion de l'informatique par ASALÉE aboutit à une harmonisation du dossier médical informatisé et permet de réaliser des statistiques utiles pour la prise en charge de la patientèle.

- La supervision des dossiers est ressentie comme responsable d'une amélioration des pratiques médicales mais elle constitue un obstacle intellectuel à l'expansion du dispositif.

- La délégation de tâches est appréciée par les médecins qui l'utilisent de manière disparate. Elle a été initiée avec une certaine gêne, rapidement atténuée. Elle permet un gain de temps et une amélioration du service médical rendu. Elle peut être considérée comme de la concurrence par les infirmières libérales.

- Il est difficile de convaincre les patients de changer leurs habitudes : il existe des difficultés à l'inclusion mais également un épuisement à l'observance. Les médecins ne sont pas à court d'idées pour enrayer ce phénomène.

III. L'ORGANISATION

III.A. ASPECT FINANCIER

III.A.1. ASALÉE représente un surcoût financier pour certains médecins participants

L'achat d'un ordinateur et de logiciel médical a un coût pour certains des médecins. Pour d'autres, l'arrivée de l'IDSP n'a pas nécessité de nouvelles dépenses, l'organisation du cabinet permettant à celle-ci de travailler dans les infrastructures existantes. Chez le Dr A, la salle d'attente est transformée en bureau pour l'IDSP. Cet aménagement mobilise du temps pour le médecin. Chez d'autres, le bureau des infirmières libérales est utilisé par l'IDSP, les médecins prenant en charge une partie du loyer.

Dr G :

« Oui, donc les coûts, pour la maison médicale, on prend en charge son loyer »

Dr A :

« Implication financière c'est négatif pour moi : ça m'a coûté. Ça m'a coûté un ordinateur portable, ça m'a coûté un satellite pour le logiciel médical, ça me coûte pas mal d'investissement en dehors pour faire fonctionner tout ça. Ça coûte, ça me coûte. »

Dr H :

« Même à nous qui sommes en groupe, ça nous coûte. »

Dr E :

« Oui ça coûte »

Dr F :

« Oui le logiciel médical, il a raison, pour ASALÉE, je parle. Ça nous coûte. »

Dr A :

« Je suis incapable de faire un total, combien ça m'a coûté mais je suis sûr que ça me coûte. »

Dr D :

« Nous, on a pas fait d'investissent puisqu'on a 2 postes… »

Dr E :

« Nous, comme elle utilise le local de l'infirmière libérale, on a pris en charge une partie du loyer des infirmières. »

Dr D :

« Tandis que nous c'est l'occupation de nos bureaux. Quand un n'est pas la, c'est ce bureau là et inversement »

Dr C :

« Moi je suis dans le même fonctionnement que toi, elle occupe un bureau qui est libre, donc il n'y a pas de surcoût de ce côté là. »

Dr B :

« C'est pareil. »

Dr A :

« Ça me coûte aussi en temps parce que je transforme ma salle d'attente en bureau de consultation ; je mets ma salle d'attente dans mon couloir, ce qui fait que c'est un peu le bazar. Je fais ça le mercredi matin parce que je vais à la maison de retraite, donc il n'y a pas besoin de salle d'attente. Et puis je fais ça le samedi matin, alors là, c'est un peu plus chaud des fois parce que le couloir est quelque peu étroit. »

Dr A :

« Si ça ne me coûte pas en argent, ça me coûte en temps et en désagréments. »

Pour le Dr B, ASALEE ne représente aucun bénéfice financier.

Dr B :

« Sur le plan financier, euh… Zéro quoi ! Y a pas d'intérêt financier, pour l'instant, j'ai aucun intérêt financier là-dedans. C'est purement intellectuel. »

Pour le Dr A, la pérennité du dispositif passe par un solde financier positif pour les médecins participants.

Dr A :

« L'aspect financier, on ne peut pas dire non plus ce n'est pas grave… On ne pourra pas continuer si on n'a pas un jour ou l'autre un solde financier positif sur une affaire comme ça. » (en tapant sur la table)
« ASALÉE ne pourra être pérenne que si il y a des équilibres financiers qu'on trouve et si on trouve du temps pour pouvoir le faire fonctionner… »

Pour le Dr B, il n'y a par contre pas de coût supplémentaire.

Modérateur :

« Est-ce qu'il y a des coûts dans ton cabinet ? »

Dr B :

« Mmmmh… Non je ne pense pas, ce n'est pas déterminé. »

III.A.2. Ce surcoût est prêt à être accepté compte tenu des services rendus

Les Dr E et A concluent qu'ils sont prêts à faire ce sacrifice budgétaire compte tenu de la qualité du service rendu.

Dr E :

« Le surcoût, j'étais prêt à l'accepter parce que on se rend compte que niveau rentabilité, ça rend tellement de services à côté d'un point de vue qualitatif, c'est pratique. »

Dr A :

« Mais bien sûr. »

Dr E explique que le sacrifice financier réalisé ne l'a pas été sans raison et que ce coût, aussi faible soit-il, leur assure un certain confort comme celui d'une secrétaire par exemple.

Dr E :

« Et même le petit sacrifice financier, qu'on a consenti jusqu'à présent, maintenant avec les NMR, on s'y retrouve, c'est vrai qu'on a pas envie de dépenser de l'argent pour rien mais on ne le dépensait pas pour rien, donc à la limite, pour moi, on est prêt un peu à payer pour se payer une secrétaire… Le petit faible surcoût, on est pas prêt à payer un salaire, mais le fait de payer une location, d'acheter un ordinateur, ça on l'acceptait parce qu'on s'y retrouve quand même… »

Dr F rejoint les propos de Dr E au sujet des coûts : ASALÉE lui coûte de l'argent et du temps mais lui rapporte beaucoup.

Dr F :

« On ne gagne pas d'argent, ça nous coûte, mais ça nous rapporte beaucoup mais pas en argent (…), mais personne ne gagne d'argent, ça coûte plutôt du temps et un peu d'argent. »

Dr A :

« C'est pour le fun »

Dr F :

« Oui c'est pour le fun, c'est quand même dingue »

III.A.3. Des propositions pour trouver des solutions financières

Dr G propose de déléguer la consultation de synthèse annuelle ALD (Affection Longue Durée). Cette consultation n'a pas d'objectif thérapeutique, elle est réalisée une fois par an. Elle consiste à faire le point des pathologies suivies en ALD et de mettre en œuvre, en concertation avec le patient, un protocole de soins et de dépistage pour l'année à venir. Cette proposition n'est pas partagée par tous. Il existe notamment un obstacle, cette délégation étant vue d'un mauvais œil par l'IDSP qui ferait un travail rémunérateur pour le médecin. Cette proposition de solution ne fait pas l'unanimité auprès des médecins.

Dr G :

« Alors sur l'intérêt financier, je suis déçu de ne pas avoir mis en place la C-ALD. La consultation à 26 €, enfin peut-être à 27, je ne sais même pas. »

Dr B :

« Comment tu l'intégrerais dans le système ? »

Dr G :

« Ben on avait demandé à l'infirmière : « Ce serait bien de nous préparer une consultation de synthèse ». »

Modérateur :

« C'est à dire synthétiser le dossier par rapport à ce qu'il y avait dedans ? »

Dr G :

« Oui, oui, mais bon, est-ce que ça pouvait se faire de manière automatique sur le dossier ? Sur l'informatique ? »

Dr A :

« Ce n'est pas anodin, c'est relativement mal vécu par les infirmières aussi ça. »

Dr G :

« Oui »

Dr A :

« Plus ou moins mal vécu. »

Dr B :

« Tu veux dire, c'est l'infirmière qui fait, c'est toi qui encaisses ? »

Dr G :

« Oui »

Dr B :

« C'est ça hein ? »

Dr G :

« Oui mais on prend en charge son loyer quand même… »

Modérateur :

« Ce n'est pas tout à fait ça. Petite parenthèse : la constitution du dossier, c'est à dire récupérer les données existantes et après ce qui fait le C-ALD, c'est de compléter par rapport à la confrontation de ce qu'on a et le patient et de commenter. »

Dr G :

« Et il y a une remise de document quand même. »

Modérateur :

« La partie, dans le C-ALD, il y a : je vais aller chercher les informations qui existent, celles qui n'existent pas, on ne peut pas aller les chercher, c'est de confronter les informations qui existent à la réalité du patient, c'est à dire ça c'est vrai, ça ce n'est pas vrai, on a oublié ça etc… Et c'est lui commenter le contenu en lui disant, en fonction de votre état, voilà où on en est, voilà ce qu'il faut faire dans l'année etc… Donc c'est un petit peu plus subtil que le fait simplement de lui faire faire un truc où on a tout le temps. Mais bon, c'est aussi intéressant à noter. »

Mais, comme le rappelle Dr D, le C-ALD ne fait pas partie de ASALÉE. Tous les médecins ne connaissent pas cette consultation de synthèse ni sa nomenclature. Pour le Dr B, cette consultation de synthèse s'apparente à passer la carte vitale du patient et encaisser l'argent.

Modérateur :

« Mais la piste que disait Dr G du C-ALD, c'est vrai que c'est dommage que l'on ne l'utilise pas… Mais c'est un peu compliqué. »

Dr F :

« Mais ce n'est pas ASALÉE le C-ALD, le C-ALD devrait être en dehors d'ASALÉE. »

Dr E :

« Ça, on peut l'utiliser… »

Modérateur :

« … L'intégrer dans le diagnostic éducatif »

Dr C :

« Ça ne ramènera pas beaucoup d'argent… Parce que 3€ de plus… »

Dr F :

« Non c'est une consultation de plus, et tu le feras 200 fois. Tu passes quand même du temps pour le voir. »

Dr B :

« Pour passer la carte ? »

Les médecins ont saisi l'opportunité de pouvoir disposer de l'IDSP pour appliquer les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) au sein de leurs cabinets. Cette application de la loi HPST leur permet d'obtenir un financement pour leur investissement.

Dr G :

« … Et pour la suite, alors, je sais pas quoi dire parce que, pour moi, ASALÉE, c'est l'entretien individuel et l'ETP de groupe c'est plutôt les nouveaux modes de rémunération, alors, je sais pas si il y a confusion ou pas, enfin chez nous, dans notre maison médicale, il y a clairement confusion, c'est voulu et ça nous arrange bien. Mais, c'est peut-être à préciser ça ? Je ne sais pas ce qu'on doit dire là-dessus. »

Modérateur :

« Ce sont 2 techniques qui ont le même objectif. »

Dr G :

« Enfin, chez nous, c'est l'infirmière qui fait tout, maintenant… »

Modérateur :

« C'est aussi ASALÉE qui a permis de faire ça à la maison médicale de Gérardmer »

Dr A :

« Les nouveaux modes de rémunération, c'est le module 2 (de la loi HPST) pour l'ETP ? »

Dr G :

« Exactement »

Dr A :

« Si t'avais pas eu ASALÉE, t'aurais pas fait de l'ETP de groupe. »

Modérateur :

« Il a raison dans ce qu'il dit, il y a une espèce de collision entre les 2 »

Dr C explique ici que cet argent gagné permet de payer le surcoût engendré afin d'accueillir l'IDSP.

Dr C :

« Donc vous avez parlé des rémunérations, quand les gens participent à des groupes, on envoie ça à la MSA etc… Alors vous, ça vous permet de payer le surplus de ce que

vous payez pour les infirmières, le local, pour le loyer, moi je n'ai pas de frais induits par ASALÉE, donc cet argent là j'aurai envie de le mettre dans un pôle ASALÉE. »

Cet argent permet en outre d'organiser des réunions sans recourir à des financements de laboratoire comme l'indique le modérateur.

Modérateur :

« … et qui servent en partie, enfin qui restent dans ASOQS et nous permettent de faire ça sans aller faire la quête au labo ou pas. Ça nous arrive de faire des trucs avec des labos mais c'est de temps en temps pas mal d'avoir la possibilité de faire des trucs autonomes sans demander à Pierre, Paul ou Jacques… »

III.B. COORDINATION

III.B.1. La place de l'interne est fondamentale…

La coordination entre les différents acteurs est organisée par l'interne de médecin générale. Elle permet une liaison entre les médecins mais également un encadrement de l'infirmière. Cette coordination est primordiale pour Dr A. Il est rejoint par Dr C.

Dr A :

« Alors, la place des internes est fondamentale là-dedans, surtout pour nous, parce que justement, c'est le seul élément liant de notre groupe, on n'a malheureusement pas d'autres moyens de le faire. Et l'interne en faisant de la formation pour l'infirmière, en étant également une sorte d'espion qui permet un peu de savoir ce qu'elle raconte et éventuellement la recadrer si elle part ou elle dévie un peu trop ou si elle faut trop de diététique à mon sens et, à mon avis, elle en fait trop, elle fait pas suffisamment d'information générale sur la maladie, ni de travail sur l'observance, ni de travail sur la compréhension des grands mécanismes. Donc, l'interne permet de recadrer tout ça, il permet de faire du lien mais, malgré tout… »

Dr C :

« Même avec le travail en groupe, ça va l'aider à avoir des outils, et un discours mieux structuré pour le faire… »

III.B.2. … mais n'est pas suffisante

Le travail de liaison de l'interne de médecine générale est important mais l'organisation de ASALÉE nécessiterait l'emploi d'un médecin qui coordonnerait les différentes missions du dispositif.

Dr A :

> *« Et puis, une dernière remarque et je me tais ; je trouve que sur un système comme ça, il faudrait que l'interne étant là pour coordonner, c'est bien mais ce n'est pas suffisant, il faudrait qu'il y ait un senior, un de nous, qui ait un temps, minimum une demi journée voire une journée par semaine, pour faire que de l'ASALÉE, sur le groupe pour travailler, faire des stratégies d'ETP, des stratégies de recherche, qu'il développe des outils informatiques pour uniformiser les indicateurs, comme tu avais fait mais il faut aller plus loin. Il y a du boulot pour un médecin, au moins un jour par semaine pour, sur un département, uniformiser ou homogénéiser les deux groupes ASALÉE. »*

Dr C :

> *« En fait, nous en tant que médecin, on aurait presque besoin d'un temps forfaitaire pour extraire les patients qui ont besoin, faire les diagnostics éducatifs… »*

Dr D :

> *« Peut-être se former aussi. »*

Dr C :

> *« ...et préparer le travail de l'infirmière :« Moi, j'ai réfléchi, j'ai regardé dans ma clientèle », et c'est vrai que le travail à l'acte ne le favorise pas. »*

Ce moment de coordination serait consacré à notamment détailler le langage commun à utiliser au sein du dossier informatisé comme l'indique Dr A.

Dr A :

> *« ... Il faudrait qu'on ait au minimum, peut-être pas forcément, mais qu'on ait une fiche dans laquelle on est d'accord sur les indicateurs déjà, au moins, qu'on ait le même vocabulaire, le même lexique, qu'on les mette aux mêmes endroits dans les dossiers. Tout ça, ça veut dire qu'il y a besoin d'un travail. C'est pour ça qu'il y a besoin d'avoir une réflexion : il faut un moment de coordination. »*

III.C. RESSOURCES HUMAINES OU LA GESTION DE L'IDSP

III.C.1. La formation de l'IDSP

Les médecins pensent que l'IDSP nécessite une formation spécifique au poste qu'elle occupe, en complément de la formation d'ETP qu'elle possède déjà. Le poste spécifique d'IDSP exigerait une expérience et un apprentissage psychologique et pédagogique particuliers Pour Dr B, ce problème de formation vaut aussi bien pour l'IDSP que pour les médecins eux-mêmes.

Dr B :

> *« Au départ, il y a quand même un problème de formation. Au bout d'un moment, elle m'a dit : « Bon au début, ça allait bien, c'était très motivant, il y a eu beaucoup de personnes qui venaient ». Il y a peut être un biais de recrutement en préparant, parce qu'on recrute au début des gens qui semblent bien compliants et petit à petit ça s'épuise et on commence à se poser des questions. Comment on va faire pour recruter mieux et puis recruter tous ceux qui en ont vraiment besoin ? Et c'est là, qu'il y a peut-être une méthodologie à apporter et, un problème de formation, aussi bien pour nous, parce que moi, je n'ai pas la formation pour faire ça »*

Dr D :

> *« On ne peut pas la guider. »*

Dr B rebondit sur les propos de ses confrères pour décrire le ressenti de l'IDSP : celle-ci éprouve une insuffisance de formation. Alors que pour le modérateur, l'IDSP a eu une formation d'un point de vue formel.

Dr B :

> *« Pour ces quelques éléments, on a pas la formation et l'infirmière non plus, elle le dit elle-même qu'elle a une insuffisance de formation pour pratiquer ça sur du long terme. »*

Modérateur :

> *« Ça c'est son ressenti ? D'un point de vue formel, elle l'a eu la formation. »*

Dr B :

> *« C'est son ressenti. Oui mais, elle dit quand même que c'est insuffisant, ça ne répond pas à ses aspirations, à ce qu'elle aurait besoin pour faire ça. »*

Dr F :

« Faut quand même une sacré expérience pour les entretiens motivationnels, pour parler diététique avec les patients. Vous êtes tous des vieux médecins, vous savez comment c'est dur, c'est hyper dur, c'est pas facile »

Dr D :

« Y a un blocage psychologique, je crois, qui… Voilà comprendre ce qu'attend la personne et répondre à… »

Dr F :

« Il faut de l'expérience, de la finesse »

Dr D :

« Il faut autre chose que de l'éducation en soi parce que pour faire passer le message, il faut avoir, il faut comprendre comment parler à telle ou telle personne »

Dr F :

« Il faut de l'expérience. »

Dr B :

« C'est une formation psychologique et pédagogique. »

Dr F :

« Pour une infirmière qui travaille depuis un an… »

Dr D :

« Où on bloque tous d'ailleurs… »

D'après Dr A, l'IDSP oriente ses consultations d'ETP vers de la diététique uniquement, domaine où elle accuse des lacunes puisqu'elle n'est pas diététicienne de formation.

Dr A :

« … et l'infirmière, elle démarre uniquement, à mon avis, elle est très orientée diététique, elle fait quasiment que de la diététique et certains aiment bien, mais c'est vraiment insuffisant. Et puis, alors, elle a l'impression quand elle part en diététique, et c'est là qu'elle dit : « Il me manque des bases ». C'est vrai, elle n'est pas diététicienne, elle ne peut pas faire, elle a des bases… »

Dr C :

« Et puis peut-être aussi, il faudrait avant tout qu'elle sache où en est le patient dans sa motivation pour changer parce qu'elle s'épuise peut-être avec des gens qui… »

III.C.2. Des difficultés à trouver sa place, un poste difficile

Dr D exprime la difficulté qu'a l'IDSP à trouver sa place. Ce poste de 'délégué à la santé publique' n'est finalement pas suffisamment défini : l'IDSP, tout comme les médecins qui l'entourent, ne savent pas où ils vont.

Dr D :

> *« Ce n'est pas lourd non, mais, moi ce que je ressens, c'est que l'infirmière a quand même du mal de trouver sa place réelle dans ce dispositif finalement. Parce que donc, peut-être, nous aussi, on ne sait pas trop bien où on va. Et puis elle, de temps en temps, elle ne sait pas très bien où elle va… C'est quand même un petit peu embêtant quoi. »*

Dr H explique que l'IDSP n'occupe pas un poste confortable, ceci requiert beaucoup de qualités pour y assurer son rôle.

Dr H :

> *« La plus mauvaise place, ce n'est pas la nôtre, c'est celle de l'infirmière. Je n'aimerais pas être à leur place. Je pense qu'il faut beaucoup de qualité. »*

III.C.3. Un problème de recrutement

Les médecins relatent succinctement l'échec de l'expérience ASALÉE au sein de la maison médical d'Épinal où exerçait une IDSP avec 5 médecins. L'IDSP concernée ne convenait pas à ce mode de pratique libérale et les médecins libéraux, qui lui confiaient leurs patients n'ont pas voulu continuer l'expérience avec elle. Ils font actuellement toujours partie du projet ASALÉE mais ne disposent plus d'IDSP pour le moment. L'engagement, l'engouement, le travail et le temps qu'ils ont consacrés à la mise en place du dispositif n'ont pas été récompensés par les résultats attendus. L'arrivée d'une IDSP, qui n'est pas directement salariée par les médecins, mais qui travaille sous leur responsabilité, ajoute une tâche administrative supplémentaire à laquelle les médecins ne sont pas habitués ni formés. Ces responsabilités relèvent du champ des ressources humaines et mériteraient une personne qualifiée au sein du dispositif afin de pallier à ce genre de situation. Elle permettrait d'éviter aux médecins de perdre leur énergie dans l'aspect administratif et donc de se consacrer aux objectifs médicaux de ASALÉE.

Modérateur :

« Une expérience négative sur la supervision ? »

Dr A :

« Nous, on a une infirmière qui est très littéraire alors elle nous fait des consultations, elle nous met des grands baratins comme ça qu'on est obligé de lire en diagonale à toute vitesse, donc, ça alourdit un petit peu le dossier mais c'est tout. Il y a des fois des choses un petit peu inutiles. »

Dr D :

« Ce n'est pas gênant. »

Modérateur :

« C'est pas le sujet, enfin, c'est le sujet sans y être mais, ce qui a fait exploser quand même le système à Épinal… »

Dr A :

« Oui mais parce que c'était un grand commentaire mais c'était un grand commentaire complètement hors sujet. Le commentaire que notre infirmière nous pose dans le dossier, c'est un commentaire en rapport avec le problème qu'on lui a délégué. »

Dr D :

« C'est très détaillé. »

Dr A :

« Oui c'est tout à fait en rapport. »

Dr C :

« D'ailleurs, c'est touffu. »

Dr C :

« On prend le temps de le lire. On apprend des choses sur le patient. »

Dr F :

« Chez nous c'est plus léger, on a l'impression de ne pas avoir grand chose à prendre. »

III.D. ASPECT LOGISTIQUE

III.D.1. ASALÉE Vosges est scindé en deux entités : Gérardmer d'une part, le pôle sud vosgien 'éclaté', d'autre part.

Deux sous-groupes se sont formés spontanément au cours du focus group : les médecins de Gérardmer et les médecins du pôle sud vosgien. Ce scindement est secondaire aux différences organisationnelles entre les sites. D'un côté, IDSP et médecins travaillent au même endroit (Gérardmer), de l'autre, l'IDSP partage son travail entre différents sites géographiques.

Dr A :

« Il y a 2 aspects, il y a l'aspect personnel et l'aspect de groupe. C'est à dire, il y a 2 ASALÉE dans les Vosges, il y a 1 ASALÉE géromois, homogène qui fonctionne fort parce que vous avez des pratiques et des communications qui sont faciles et puis il y a un autre ASALÉE, c'est un ASALÉE « éclaté » comme le notre avec des médecins à des différents endroits du département des Vosges, qui a plus de difficultés à fonctionner parce qu'on manque justement de coordination, de communication, de travail en commun, de mise en commun de notre ressenti. Ça c'est un premier aspect. Et à mon avis, nous, nous n'avons pas une espérance de vie extraordinaire dans ce procédé là parce qu'à mon avis je pense qu'ASALÉE est fait et a fait la preuve de son manque d'efficacité à une géométrie éclatée comme ça. Par contre ça marche beaucoup mieux, la preuve, dans un groupe. Encore que… »

III.D.2. La dynamique de la maison médicale facilite le développement de ASALÉE

La dynamique de groupe d'une maison médicale comme celle de Gérardmer assure un meilleur succès au dispositif et permet une plus grande facilité de mise en œuvre.

Dr G :

« Ma motivation, c'est qu'on a un groupe où on a tout. Enfin à Gérardmer on a cette chance là, on a les médecins qui sont motivés, on a l'infirmière qui apporte un plus évident, et tout le monde s'est impliqué et finalement… »

Dr H :

« Les internes ! »

Dr G :

« ... C'est comme ça que ça peut marcher dans un groupe (...) quand on a une dynamique, c'est comme ça que ça marche le mieux. »

Pour Dr H et Dr A, la délégation de tâches dans un groupe déjà formé est plus facile, l'intégration de l'IDSP se faisant plus facilement.

Dr H :

« Oui, je le sens mieux, je sais pas à quoi ça tient, certainement la plus grosse partie c'est ça, le fait qu'on soit un groupe relativement uni, soudé, ça nous a peut-être encore renforcé un peu plus puisqu'à chaque fois il y a quelque chose de nouveau, on est obligé de se rebattre un petit coup. Et puis surtout, je pense qu'on a une infirmière qui s'est parfaitement intégrée chez nous, qui a bien joué le jeu. »

Modérateur :

« Il y a eu un certain délai mais effectivement… »

Dr A :

« Oui mais la délégation de tâches dans un groupe, c'est simple… »

Dr H :

« C'est peut-être parce qu'elle arrivait dans un groupe constitué où elle sentait que ça tournait bien, elle a déjà plus facile à s'intégrer. »

Dr A détaille les avantages dont disposent les médecins géromois.

Dr A :

« Vous avez profité vous de votre bâtiment mais vous avez profité aussi du fait que vous aviez 5 mêmes logiciels identiques, que vous étiez en réseau, que vous aviez une secrétaire, que vous aviez un agenda commun. »

III.D.3. Le groupe 'éclaté' éprouve plus de difficultés de fonctionnement vis-à-vis de leurs collègues géromois

III.D.3.a. Une géographie disparate non avantageuse

L'organisation dans le département qui a vu naitre l'expérience fonctionne également sur deux sites éloignés, mais la géographie n'est pas autant éparpillée que dans le groupe sud vosgien.

Dr E :

« Mais dans les Deux Sèvres, c'est éclaté comme ça. »

Dr A :

« C'est pas trop éclaté, parce que dans les Deux-Sèvres, c'est Parthenay, c'est 3 ou 4 médecins, il y a une infirmière pour ces gens là, il y a effectivement un cabinet tout au nord du département des Deux-Sèvres qui est tout seul mais qui devait s'associer quand on y est allé. C'est moins éclaté que nous. Nous, on est, à mon avis, je pense que, dans les ASALÉE métropolitains, je crois qu'on est le groupe le plus éclaté de tout ce qui existe en ce moment. Donc ça c'est la première remarque. »

III.D.3.b. Les difficultés d'adaptation et de disponibilité pour l'IDSP

L'IDSP doit s'adapter au fonctionnement de chaque cabinet.

Dr D :

« Nous, elle est obligée à s'adapter au fonctionnement du cabinet, au… »

Pour le praticien, elle n'est là qu'une ou deux journées par semaine. Ce défaut de disponibilité handicape le bon fonctionnement du dispositif contrairement à la maison médicale 'Les Thermes', où la présence à temps plein de l'IDSP permet d'orienter le patient dès sa sortie de consultation.

Dr A :

« Non, mais, l'exemple type, c'est la délégation de tâche automesure tensionnelle ou Hemoccult, quand ils sont à Gérardmer, ils ont un Hemoccult qui arrive, et ben tac, c'est l'infirmière qui le fait, puisque nous il faut que l'infirmière soit là, moi c'est le mercredi matin et le samedi matin. »

Dr D :

« Oui, comme elle est assez permanente… »

Dr A :

« Elle est permanente. Elle est temps plein chez eux. »

Dr E :

« Elle est pas tout le temps là quand même… »

Dr D :

« Malgré tout, oui… »

III.D.3.c. Une absence d'échange secondaire à l'éloignement respectif des médecins

Les médecins du pôle éclaté sont d'accord sur le fait qu'ils ne partagent que la même IDSP et non les patients et que ASALÉE n'a pas multiplié les échanges entre eux.

Modérateur :

« Sur la dynamique créée (la dynamique du groupe éclatée ou du groupe existant), est-ce que ça a bougé quelque chose ? On l'a dit pour le cabinet de Gérardmer, c'est à dire, ça a provoqué quelques réunions supplémentaires. Il y a eu forcément des discussions, etc… Est-ce que vous, qui êtes en groupe éclaté, il y a eu plus d'échange entre les différentes personnes du groupe. »

Dr D :

« Non »

Dr C :

« On n'a pas le temps »

Dr B :

« On n'a pas le partage des patients, on n'a pas les mêmes patients, on ne peut pas malheureusement. »

Dr D :

« On ne partage que l'infirmière. »

Dr A :

« Et on sait des choses par l'infirmière… Elle transmet : « Tu donneras le bonjour… » »

Rires

Modérateur :

« Il y a des différences structurelles importantes, c'est ça. »

Dr D :

« Ça manque. »

Modérateur :

« On partage les professionnels éventuellement, ça ce n'est pas gênant, mais ce ne sont pas les mêmes patients. »

Cette absence d'échanges viendrait de leur éloignement, d'une part, mais surtout de l'absence d'unité de lieu.

Dr B :

« Et on est trop loin justement, on le disait tout à l'heure, ce serait dans la même ville, même si on était éclaté, ce serait possible d'avoir un local »

Dr A :

« Tu sais avec Dr I[2] *et Dr D, moi, je suis à 8 km. Il n'y a pas d'échanges sur ASALÉE. On en parle comme ça quand on se voit. »*

Les réunions auxquelles ils participent pour d'autres motifs ne leur permettent pas de s'entretenir sur ASALÉE.

Dr D :

« Quand il y a une réunion, on sait que de toute façon, ce n'est pas forcément le sujet non plus. »

Dr B :

« Oui mais elle pourrait être délocalisée, la réunion pourrait être une fois au Val d'Ajol… »

Dr A :

« Oui mais les réunions dont on parle, c'est des réunions où interviennent d'autres médecins donc elles ne sont pas ASALÉE, ou elles sont même un petit peu opposées à ASALÉE. Donc on ne va pas parler ASALÉE »

La communication est difficile entre les médecins du pôle 'éclaté' : il manque la spontanéité et la rapidité des échanges comme ceux-ci se font 'dans les couloirs' à Gérardmer. Ce manque de communication représente un obstacle et est un frein à l'idée d'un pôle de santé pluridisciplinaire sans unité de lieu.

Dr H :

« Il y a une chose qui vous manquera toujours, c'est la spontanéité. »

Dr A :

« Oui un échange direct. »

Dr C :

« Bien sûr »

Dr D :

« Oui »

Dr A :

[2] Le neuvième médecin non présent et excusé.

« La rapidité, la spontanéité que vous avez. »

Dr C :

« Oui »

Dr H :

« Aussi bien d'un des médecins à l'infirmière que l'on rencontre mais aussi entre nous. »

Dr E :

« On en parle dans le couloir… »

Dr A :

« Et cette réflexion là, on peut même l'étendre à la notion de pôle de santé, je me demande si on avait un pôle de santé, est-ce qu'on serait capable de le faire fonctionner ? Est-ce que c'est réaliste un pôle de santé ? »

Dr B :

« La communication… »

Dr D :

« C'était trop disparate. »

Dr A :

« Parce qu'on aurait les mêmes difficultés sur un pôle de santé… »

Modérateur :

« C'est une vraie question parce qu'elle est d'actualité »

Dr A :

« Absolument »

Dr D :

« Oui, oui, je pense que la communication aurait été très difficile. »

À un autre moment de la discussion, les médecins viennent à échanger sur les réunions de coordination. Les médecins du 'pôle éclaté' regrettent de ne pas avoir fait de réunions entre eux uniquement dans ce but. Elles auraient pu remplacer les 'réunions de couloir' du groupe géromois.

Dr A :

« Un moment de coordination… »

Modérateur :

« … Qui remplacerait la coordination de fait, même si elle n'est pas formalisée, des couloirs, ce que disait Dr H, la rencontre dans le couloir. »

Dr A :

« Voilà de votre machine à café… »

Dr B :

« On ne se voit pas assez, on ne s'est pas vu tous les 3 expressément pour ça, il y aurait fallu qu'on se voit tous les 3… »

Dr D :

« Tous les 4 ou 5 »

Dr A :

« Tous les 5… »

Dr E :

« Faut faire des réunions, c'est lourd… »

Dr G :

« Attention, on fait quand même des réunions… »

Dr B :

« Ça implique une cohésion… »

Dr G :

« Les mardis matin, on fait des réunions… »

Dr E :

« C'est pas type ASALÉE. »

Dr G :

« Non, c'est pour la SCM »

Dr A :

« Mais vous parlez d'ASALÉE aussi. »

Modérateur :

« Mais c'est pas simple, même si on a tous les éléments faciles… »

Dr G :

« Exactement »

Dr H :

« Ça nous arrive de parler d'ASALÉE en réunion »

Dr E :

« Oui, mais nous on peut faire des réunions faciles, Dr H laisse sa porte ouverte… »

III.D.3.d. Une prise de conscience entre les disparités des deux sites

Les médecins géromois réalisent la chance qu'ils ont de pouvoir travailler et vivre ASALÉE dans ces conditions. Le Dr C se rend compte des avantages que représente ASALÉE dans un cabinet de groupe uni (alors que lui même travaille dans un groupe avec des confrères qui ne participent pas à ASALÉE).

Dr A :

« Tu te rends compte de la difficulté dans notre organisation ? »

Dr E :

« Tout à fait, je ne sais pas si je l'aurais fait. Nous, on est royal, je veux dire, en plus on peut communiquer facilement, on peut parler de nos patients. »

Dr A :

« C'est très confortable »

Dr C :

« Je suis en train de réaliser en vous écoutant au niveau du cabinet, que tous les avantages qu'on peut avoir quand on est dans un cabinet de groupe avec ASALÉE. Et je suis en train de me dire, je vais faire le forcing auprès de mes confrères parce que je pense que ce serait vraiment le fonctionnement le plus rationnel d'avoir une infirmière qui travaille… »

Les médecins du 'pôle éclaté' regrettent de ne pas avoir fourni les efforts nécessaires pour arriver au même fonctionnement qu'ASALÉE dans le groupe géromois.

Dr B :

« Moi je pense ce qui aurait été bien, c'est de faire la même réunion au début, avant de démarrer. Comme ça, avec tout ce qui a été un petit peu dit là, on se serait démené un peu plus pour arriver aux mêmes résultats que vous. On n'est pas jaloux mais ça donne envie. »

Dr A :

« On ne peut pas arriver… »

Dr H :

« Le souci, les gars, c'est que vous auriez eu du mal… »

Dr B :

« Moi, j'aurais peut-être plus impliqué mon confrère qui vient de s'installer, pour arriver justement à ce degré d'optimisation… »

Dr H :

« Le bonus qu'on a, on est déjà suffisamment nombreux pour faire cabinet de groupe (...) »

Dr B :

« Oui, vous êtes dans de meilleures dispositions. »

III.D.3.e. Une solution possible ?

Pour Dr A, il faudrait deux IDSP pour régler ces problèmes de disparité et d'éloignement, Dr C est d'accord avec lui.

Dr A :

« L'idéal ce serait qu'à terme, il y ait une infirmière sur le Val d'Ajol/Pombières et une sur Épinal/Docelles »

Dr C :

« Oui, tout à fait. »

ORGANISATION

- ASALÉE apporte un surcoût de fonctionnement au cabinet des médecins : en terme d'argent mais également de temps de travail. Ce surcoût est prêt à être accepté au vu des services rendus. Les médecins essaient de trouver des solutions pour rendre le projet viable.

- La coordination est un temps essentiel du dispositif. Elle est assurée par l'interne de médecine générale mais nécessiterait qu'un des médecins y consacre du temps.

- L'emploi d'une IDSP implique de nouvelles responsabilités pour les médecins : le recrutement, la formation et l'encadrement de celle-ci ne sont pas aisés.

- ASALÉE Vosges est scindée en deux entités : Gérardmer et le 'pôle éclaté'. La dynamique de groupe géromoise est un avantage pour la réussite de l'expérimentation. L'organisation du pôle sud vosgien est un frein à son bon développement par différents aspects : la géographie disparate, responsable d'un défaut de communication entre les confrères, une IDSP trop peu disponible sur chaque site pour mieux déléguer. Les médecins sont conscients de ces difficultés.

IV. VISION GLOBALE DU PROJET

IV.A. LA SATISFACTION

IV.A.1. Des médecins

C'est le Dr H qui, le premier, nous fait part de sa satisfaction sur ASALÉE. C'est face au discours de ses confrères qu'il pense être plus satisfait que ceux-ci.

Dr H :

« Oui je crois que là tout a, à peu près, été dit sauf que moi mon ressenti est bien meilleur que le vôtre. Enfin, je le sens comme ça. Je pense que… Oui, je le sens mieux, je sais pas à quoi ça tient »

Cette remarque du Dr H est reprise un peu plus tard dans la discussion par le Dr A qui déclare être également satisfait du dispositif.

Dr A :

« Je suis un petit peu embêté sur le sentiment que Dr H a exprimé tout à l'heure en disant : « Moi je suis beaucoup plus heureux ou beaucoup plus satisfait du procédé ASALÉE. » Moi je suis très satisfait du procédé ASALÉE »

Dr C :

« Moi aussi »

Dr A :

« Très satisfait, du procédé ASALÉE, simplement, je rame pour que ça marche. Je veux dire, on est obligé, je veux dire c'est pas confortable. »

Dr H :

« Tu me demandais mon ressenti, le mien me semble meilleur que le vôtre. »

Dr A :

« Non mais je ne voudrai pas que tu puisses retransmettre : « Ah certains médecins semblent être un petit peu… » Non ! Moi je suis très satisfait du procédé ASALÉE. Et je pense… »

Dr H :

« Alors j'y suis encore plus… Ça vous va comme… »

Rires

Dr F :

« Alors moi plus que toi »

Dr E :

« ASALÉE à l'aise, c'est facile… »

Dr C rejoint ses confrères sur sa satisfaction.

Dr C :

« C'est vrai que pour revenir sur le ressenti, parce que tout le monde ne s'est pas exprimé, moi j'ai un ressenti excellent, je trouve que ce qu'elle fait c'est vraiment super, et tout ce qu'elle m'amène comme information par rapport au dossier, c'est vraiment… Moi, je trouve ça génial »

Il en est de même pour le Dr D.

Dr D :

« Satisfaction globale, moi je suis très contente : tenue des dossiers, il y a du bon retour, moi j'ai une petite clientèle… »

Et pour le Dr B, qui pense également qu'il y a des améliorations à apporter.

Dr B :

« Bien sûr, moi, j'espère qu'il va s'intégrer là-dedans, si on continue, parce que moi je suis tout à fait satisfait pour en revenir à l'indice de satisfaction. C'est 10/10 sur le principe mais il y a quand même beaucoup de choses à revoir, des trucs plus performants. »

IV.A.2. Des patients (vue par les médecins)

D'après Dr A, les patients semblent contents du dispositif.

Dr A :

« …l'ETP individuelle, les gens sont contents, les patients sont contents, même si, ça n'a pas été structuré, le fait de les envoyer voir l'infirmière, ils sont responsabilisés et je ne sais pas si vous avez regardé mais à la louche comme ça, j'ai quand même bien l'impression que les gros déviants se sont un petit peu normalisés. Je ne sais pas ce que vous avez comme ressenti là-dessus ? »

IV.B. L'AVENIR D'ASALEE

IV.B.1. Une évolution de la pratique médicale générale ?

Dr B pense que ASALÉE est un tremplin pour l'avenir de la profession. Il explique que la délégation de tâches améliore sa performance et son confort dans un contexte démographique difficile.

Dr B :

> *« C'est un excellent tremplin pour l'avenir de la profession, c'est clair, puisqu'il y aura déjà moins de médecins, ça on le sait. Et cet aspect de délégation de tâche, je ne sais pas comment on peut l'appeler, pas de tâche, mais cette délégation, justement, permet d'améliorer le confort du médecin et tout en étant performant, en améliorant la performance. »*

Pour le Dr A, cette expérience est une manière intéressante de travailler, c'est une évolution très intéressante de sa pratique. Il évoque un aspect incontournable de l'avenir de la médecine générale, une fois le problème financier réglé.

Dr A :

> *« En ce qui concerne l'avenir d'ASALÉE, l'exercice pluridisciplinaire, ce sera à mon avis incontournable, (...) mais, à mon avis les payeurs peuvent s'y retrouver très facilement, les professionnels aussi parce que c'est quand même beaucoup plus intéressant de travailler de cette manière là que de la manière dont on le faisait avant. Il ne manque plus que l'équilibre financier et puis ça devrait marcher. »*

Dr E apprécie cette délégation dans laquelle il est la personne qui l'organise. Ce rôle principal est considéré comme garant de la qualité du travail effectué contrairement à des délégations initiées par les pouvoirs publics. Il est favorable au projet et le préconiserait à d'autres confrères mais le problème reste le coût.

Dr E :

> *« À préconiser pour d'autres, je pense que ce sont des expériences qui pour la suite, c'est important ce type de travail en collaboration. Ce n'est pas une vraie délégation de tâche, parce qu'elle travaille quand même avec nous, ce n'est pas pareil quand c'est le pharmacien qui va prendre les tensions, et puis que nous on aura plus à les prendre. Là, c'est notre infirmière qui le fait sur notre demande, qui le fait de manière standardisée. Et puis, il n'y a pas le pharmacien qui dit : « Vous avez 15/2, retournez*

vite chez votre médecin, il y a un problème. » C'est quand même tout à fait différent, et ça, c'est une manière de faire de la délégation de tâches mais en étant le délégataire. Ce qui est tout à fait différent quand c'est les pouvoirs publics, qui disent : « Vous irez voir l'infirmier pour faire vos Hemoccult… » C'est quand même pas du tout pareil… Après le problème, c'est quand même le coût, donc il faut que ce système ASALÉE soit rentable pour la Sécu ou pour la société… »

Dr A :

« Et pour nous ! »

Dr E :

« Pour nous aussi, mais je veux dire si elle est déjà pas rentable pour la société, il sera… »

Dr A :

« Il a fait la preuve de sa rentabilité, il a fait la preuve de sa rentabilité ! »

Ces propos du Dr E sont illustrés par ceux du Dr C. Les patients ont besoin de la présence de leur médecin pour valider la crédibilité des séances d'ETP de groupe. Le fait que l'ETP soit organisée par le médecin traitant est important aux yeux du patient.

Dr C :

« Moi, je l'ai ressenti au premier travail en groupe, je suis allé à la première séance pour présenter ce qui allait se passer etc… Et après je ne suis pas allé à la troisième séance pour clôturer et les patients ont dit : « Ah ben tiens, le docteur, il est pas là pour… » Ils auraient voulu que je sois là pour conclure, leur demander si ça avait été etc… Et là, j'ai senti que j'avais loupé quelque chose certainement… »

IV.B.2. Une pérennité incertaine

Le Dr A explique que ce projet est expérimental et qu'il mérite de se pérenniser.

Dr A :

« C'est expérimental, ce serait bien que ce soit quelque chose de pérenne. »

Cette pérennité semble précaire selon Dr F. L'atout des nouveaux modes de rémunération va permettre au pôle géromois de subsister mais l'équilibre sera plus difficile dans le cas des médecins isolés comme dans le pôle sud vosgien.

Dr F :

« Oui on a une dynamique parce que nous on a embrayé sur les NMR, et pour les autres qui sont ASALÉE et qui exercent seuls, qu'est-ce qu'ils vont faire ? Si le projet capote… »

Dr B :

« C'est quelque chose qu'on ne peut pas faire seul. »

Dr G :

« Est-ce qu'on aurait fait les nouveaux modes de rémunération sans ASALÉE ? »

Dr F :

« On est dans un cabinet de groupe mais pour ceux qui sont isolés ? »

Dr C :

« Oui c'est impossible. »

Dr B :

« On ne peut pas faire ça. »

Dr A :

« Oui mais c'est pour ça qu'ils vont pas pouvoir balayer ASALÉE parce qu'on est une dizaine de médecins vosgiens, mais il y a quand même 150 médecins sur le territoire, il y a 100.000 patients dans le portail ASALÉE, il y a 20 infirmières, ils vont pas pouvoir dire : « ASALÉE c'est fini », ce n'est pas possible. »

Dr B :

« Il y a tout le potentiel évolutif aussi qui est derrière. »

Dr F :

« Ils vont pouvoir taper par zones, par régions. Comme c'est régionalisé, ils vont peut-être pouvoir dans certaines régions… Enfin je ne sais pas… Ça c'était juste une remarque. »

Dr F insiste sur la longévité précaire du projet qu'il juge difficile à vivre compte tenu de l'engagement mis en œuvre jusqu'à aujourd'hui.

Dr F :

« Mais surtout, ce n'est pas pérenne. On discute d'un projet, on est là ce soir on fait une réunion, et dans 6 mois, le projet est peut-être fini, c'est ça qui est terrible. C'est qu'on est en train de s'emballer, de dire c'est bien, mais c'est vraiment extraordinaire : non seulement, on ne gagne pas d'argent, nous on trouve que ça nous

apporte en qualité, mais personne ne gagne d'argent, ça coûte plutôt du temps et un peu d'argent ».

IV.B.3. De nouvelles pistes pour assurer le poste de l'IDSP

Les médecins recherchent déjà de nouvelles pistes pour assurer le financement du poste de l'IDSP. Ils se renseignent auprès des organismes payeurs et réfléchissent à des systèmes de surveillance des populations à risque. Ce « réseau de vigilance » est un dispositif de permanence des soins pour les personnes dépendantes (notamment les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile) qui se base sur le partage de l'information et la coopération entre professionnels hospitaliers et libéraux.

Modérateur :

« Actuellement, en pratique, on voit Me YY, le 10 mars avec Dr A et Dr B. En sachant probablement que l'avenir il est mixte entre de l'ASALÉE (supervision, automesure, Hemoccult, mammographie) et de l'ASALÉE participant à de l'ETP et puis, peut-être à des éléments de vigilance qui en fait est une coordination, une supervision, de l'état des alertes chez des papys ou des mamies étant seuls chez eux. Donc, en gros, permettant de récupérer les informations données par les aidants naturels ou les aidants institutionnels, et c'est standardisé au niveau des médecins traitants. Mais ça demande encore plus de coordination : un poste encore en plus de l'infirmière… »

Dr A :

« Il paraît que ça intéresse énormément les payeurs… Cette surveillance des populations à risque qui sont au bord de la perte d'autonomie, on les identifie, et on les surveille avec la consommation d'électricité, la consommation d'eau, les renseignements que donnent les services d'aide à domicile, des indicateurs de biométrie par télémédecine… »

Dr G :

« Une caméra ? »

Rires

Dr A :

« Pour le moment des bracelets électriques non plus, ni de GPS. Mais on les surveille comme ça, et puis quand on voit, qu'ils sont prêts à basculer, on intervient et ça permet d'économiser des hospitalisations indues. Et donc ça fait de grosses économies. »

Cette idée de nouvelle orientation d'ASALÉE est née d'un manque de visibilité avec des financements qui ne permettent pas de piloter un projet à long terme.

Dr A :

« Donc, je suis allé à la dernière réunion ASALÉE à Paris il y a 15 jours, ils n'imaginent l'avenir financier de ASALÉE que grâce à ce système là parce que le fait qu'on ne soit payés 6 mois, c'est pas qu'ils disent que ASALÉE ne vaut rien, ils reconnaissent tous l'intérêt d'ASALÉE mais c'est une bagarre entre le ministère et la CNAM-TS. Parce que la CNAM-TS, pourquoi elle a donné 6 mois, c'est parce qu'elle a dit « Ce n'est pas à moi de payer, c'est au ministère ». Mais Jean Gauthier a dit : « Si vous ne payez pas, nous on meurt. » Alors la CNAM-TS a finalement donné (et ils ne sont encore pas là) que 6 mois, en disant : « Après, débrouillez-vous avec les ARS, c'est les ARS qui doivent payer. » Mais bon, il n'y en a pas un qui veut se décider à y aller. »

IV.C. LE RESSENTI VIS A VIS DES INSTANCES DIRIGEANTES

Dr F décrit la non reconnaissance qu'il ressent vis-à-vis des autorités de santé alors que le projet auquel il travaille a fait la preuve de son efficacité.

Dr F :

« Tu as l'impression de faire bien, d'améliorer la qualité de soins de nos patients, et qu'on a pas de reconnaissance des autorités de santé. »

Dr A pense que l'ETP ne peut pas être réalisée au sein du cabinet de médecine générale car cela représente une concurrence aux hôpitaux.

Dr E :

« Aux débords d'ASALÉE, ma réflexion, c'était quand on m'a dit que vous pouviez pas rentrer dans un pôle de santé, moi je trouvais ça presque un peu normal parce que c'est pas homogène… »

Dr A :

« Et c'est pas pour ça qu'on a été viré. Ce n'est pas à cause de la géométrie du projet. On a été viré parce qu'à mon avis, ils ont voulu protéger l'espace santé de l'hôpital de Remiremont. Ils ont dit si on met un autre espace à côté, à 10 km qui fait de l'ETP, ils vont nous aspirer nos patients d'espace santé, moi je suis presque sûr c'est ça. »

Il est rejoint par Dr H qui pense que l'ETP est facilement applicable à Gérardmer car éloigné de tout hôpital exerçant une activité d'ETP : il n'y a donc pas de concurrence.

Dr H :

« … là où on est, en plus, on ne travaille pas à proximité d'hôpitaux qui font de l'ETP. »

Le modérateur explique que l'ETP de groupe n'a plus le soutien du financeur, la MSA. Alors que ce fonctionnement remporte un franc succès puisque 110 patients en ont bénéficié après seulement 7 mois d'existence, la MSA a décidé d'arrêter les séances.

Modérateur :

« Sauf que je lui ai dit : « Ça marche bien » Oui mais elle me dit « Oui on est content mais on arrête », on a plus de sous. Vive la France… »

Dr A :

« Donc 110, on en a passé 110. »

Modérateur :

« Ça marche trop bien, surtout faites pas de pub… »

Rires

Pour Dr F, il s'agit de décisions politiques qui prennent difficilement en compte les réalités du terrain. Dr E et Dr F voient l'ETP comme une 'mode'.

Dr F :

« Les autorités ne sont pas prêtes à suivre du tout, même si c'est intéressant médicalement et même financièrement, ils s'en foutent complètement, ils ont des axes, on leur balance des trucs, il faut mettre de l'argent là, là… »

Dr D :

« Ça change tout le temps. »

Dr E :

« L'ETP a vraiment le vent en poupe… »

Dr D :

« Tout le monde y va… »

Dr F :

« Ça a le vent en poupe mais… »

Dr H :

« Le problème, c'est que ça a appartenu pendant longtemps aux hospitaliers et que les hospitaliers ont dilapidé pas mal d'argent… »

Dr A :

« Il y a des consignes qui apparemment nous repositionnent bien quand même, on aimerait bien pouvoir un peu craquer de pognon comme ça. »

Dr D :

« Il faut faire attention à tout ça… »

Dr E avoue son incompréhension quant aux logiques des financeurs. Il exprime les difficultés à travailler sans visibilité financière à court ou moyen terme. Le modérateur confirme qu'actuellement les médecins sont incapables de savoir si le projet pourra continuer après le mois de juin (3 mois après cette réunion).

Dr E :

« Moi, je trouve c'est difficile à comprendre, pour moi, c'est incompréhensible, pour moi, si ça s'arrête ou pas, c'est leur choix, mais, on devrait au moins avoir une visibilité à 1 an, 2 ans… Parce que 6 mois avant, on te dit, c'est fini… Tu sais même pas, 3 ou 2 mois avant, on te dira c'est fini »

Dr A :

« Il n'y a pas de logique financière… Qu'est-ce que tu veux piloter et développer une stratégie avec des financements pareils ! Tu ne peux rien faire… »

Modérateur :

« Sachant que là, il a de l'argent jusqu'en juin, ce qui veut dire que si on a pas de certitudes, ça s'arrête fin avril. L'année dernière, c'était déjà le 15 décembre qu'on ne savait pas comment on allait commencer janvier ! »

Dr E :

« Par contre, ça c'est intenable pour nous… »

Les Dr E et F pensent que le projet est amené à disparaître. Ils sont affectés par cette perspective car ils se sont habitués aux services de l'IDSP.

Dr E :

« Sinon, nous l'infirmière fait partie de la maison médicale, moi je n'imagine pas que c'est une infirmière ASALÉE. »

Dr F :

« Et elle va disparaître un de ces quatre, ça fait chaud quoi. »

Dr E :

« Moi ça m'embête, si elle part. »

Dr F :

« Si elle partait ce serait… »

VISION GLOBALE

- Les médecins sont tous satisfaits de ce dispositif.
- L'expérience menée peut représenter l'évolution future de leur pratique médicale.
- L'avenir incertain, compte tenu du financement, est difficile à vivre.
- Le ressenti vis-à-vis des instances financières est mitigé, avec un sentiment d'incompréhension quant à la non pérennisation d'une expérience qui fonctionne bien.

DISCUSSION

I. DISCUSSION SUR LA METHODE

I.A. AVANTAGES DE LA METHODE

La méthode qualitative a permis à chaque médecin de s'exprimer librement avec ses propres idées sur un projet dans lequel il est investi. L'entretien de groupe a eu l'avantage de créer une dynamique qui n'aurait pas été obtenue par des entretiens individuels. Les médecins se connaissant tous, les inhibitions des participants les uns par rapport aux autres ont été limitées.

Au départ, nous avions pensé à réaliser deux focus groups : les médecins du pôle sud vosgien d'un côté et les médecins géromois de l'autre. L'avantage de les avoir fait partager cette discussion a stimulé les échanges et a souligné les différences entre deux organisations. La dynamique de groupe a été positive et a encouragé le partage des points de vue des participants.

I.B. LIMITES DE LA METHODE

I.B.1. Biais de puissance

Il existe un biais méthodologique non négligeable puisque dans notre étude, seul un focus group a été organisé du fait du nombre restreint de participants à l'expérience ASALÉE dans les Vosges. Plusieurs focus group doivent habituellement être organisés afin d'arriver à saturation des idées générées par la problématique. Dans notre cas, il aurait fallu étendre le sujet de la thèse à d'autres départements afin de respecter la méthodologie. Cela aurait modifié le sujet de l'étude puisque nous voulions étudier le projet vosgien. De plus, nous nous serions confrontés à deux obstacles : le premier logistique puisque éloigné des autres départements participants, le second, une contrainte de temps puisque la recherche qualitative est chronophage. On peut donc supposer que toutes les idées n'ont pas été abordées mais ce travail peut éclairer des pistes de réflexion.

I.B.2. Guide d'entretien

Notre guide d'entretien a été réalisé par nos soins avec l'aide de notre directeur de thèse, le Dr Patrick Bastien ainsi que du Dr Fabienne Empereur de l'École de Santé Publique de Nancy (Faculté de Médecine de Nancy). Ce guide aurait dû être testé sur un premier focus group afin d'en évaluer la pertinence. Encore une fois, l'organisation de ASALÉE Vosges ne nous a pas permis de le faire. Il a malgré tout été élaboré par trois personnes qui ont émis leur avis et l'ont critiqué.

I.B.3. Les acteurs

I.B.3.a. Modérateur et observateur : biais de recueil

Le rôle du modérateur a été assuré par le Dr Patrick Bastien. Celui-ci maitrise parfaitement le sujet de l'étude, ce qui peut être un avantage. Les médecins interviewés n'ont, en outre, pas été gênés pour s'exprimer puisque le modérateur était un confrère avec qui ils ont l'habitude de partager. Mais, cet avantage présente un biais ; en effet, le modérateur a donné son point de vue au cours du focus group. Son rôle n'a donc pas été respecté tout au long de la réunion. Il était difficile pour Dr Patrick Bastien de ne pas s'exprimer puisque lui aussi participe et est à l'origine de l'expérience. Mais il a su tout de même recadrer le débat aux moments opportuns.

Notre rôle d'observateur a également été difficile à assurer de manière neutre. Nous avons dû intervenir quelques fois afin de recentrer le débat lorsque cela a été nécessaire.

I.B.3.b. Participants

Biais de sélection

Il existe un biais de sélection évident puisque les participants sont tous volontaires et motivés pour leur implication dans le dispositif. Les conclusions quant à l'accueil de la délégation de tâches par les médecins généralistes ne sont pas transposables à la population générale des médecins. L'objectif de la sélection des participants à un focus group n'est pas la représentativité mais une diversification des points de vue afin d'apporter une crédibilité aux résultats. Dans le cas de notre focus group, tous les médecins du dispositif (sauf un) sont présents.

Leader d'opinion

Le risque dans un focus group est l'apparition d'un leader d'opinion qui domine au sein du groupe. Dans notre focus group, certains médecins, qui sont plus investis dans l'expérimentation (instigateur du projet par exemple) ont plus monopolisé la parole que leurs confrères. Ils ont tout de même respecté le temps de parole de ceux-ci et tout le monde a réussi à s'exprimer et exposer ses idées.

I.B.4. L'analyse des données et reproductibilité

Nous avons réalisé l'analyse des données en essayant au maximum de rester le plus objectif possible. Malgré tous nos efforts, une certaine subjectivité s'est probablement installée au cours de la rédaction de cette thèse. Au cours de notre internat, notre propre implication au sein du projet nous a forcément influencée et ne permet pas de nous prétendre totalement neutre dans notre analyse.

II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS, ANALYSE INTERPRETATIVE

II.A. LA DELEGATION DE TACHES

II.A.1. Naissance du concept

La délégation de tâches apparaît dans la littérature, dès 1969, au Canada (30). Six médecins généralistes avaient été secondés par une infirmière en santé publique : les patients étaient satisfaits des conseils de celle-ci, les médecins rapportaient une amélioration de la communication et un renforcement du travail d'équipe. L'hypothèse de gain de temps avait été émise.

Les Etats-Unis possèdent une expérience ancienne en relation avec les infirmières en pratique avancée. En 1976 paraît une étude réalisée en 1969 sur sept centres de soins primaires qui emploient un auxiliaire médicale ou une infirmière praticienne. Cette étude définissait quelles étaient les tâches qui pouvaient ou devaient être déléguées (31). En 1979, une autre étude révèle que les auxiliaires médicales travaillaient de manière autonome en soins primaires,

révélations qui pourraient avoir des conséquences pour les futurs employeurs/formateurs d'auxiliaires médicales (32).

II.A.2. La pratique infirmière avancée

La délégation de tâches à l'infirmière a pour conséquence la création de nouveaux métiers. Ceux-ci sont regroupés sous l'appellation 'pratique infirmière avancée' qui couvre une vaste gamme de compétences et de pratiques (33). Dans chaque pays où elle se développe à des niveaux différents, elle possède sa propre définition. Il est donc difficile de définir ces différents modes d'exercice (34).

Le Conseil International des Infirmières propose comme définition : « une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (35).

Les tendances internationales sur le développement du rôle de l'infirmière de pratique avancée ont été étudiées auprès de 32 pays en 2008 ; il existe treize titres différents qui la caractérisent : infirmière praticienne, infirmière consultante, infirmière clinicienne avancée, infirmière praticienne avancée… (36).

II.B. MOTIVATIONS A LA DELEGATION

II.B.1. Pallier au déficit en médecins

Ce sont dans les deux pays nord américains (Etats-Unis et Canada) que les pratiques libérales avancées sont nées afin de répondre à la pénurie de médecins dans les zones où ceux-ci étaient peu présents. Les infirmières praticiennes permettaient, par leur apport en ressources supplémentaires, de fournir des services à un plus grand nombre de personnes (37). En 1991, Marsch affirme que la délégation de tâches pourrait doubler le nombre de patients pris en charge par le médecin dans un contexte démographique difficile (38).

Au Royaume-Uni, suite à la diminution légale du temps de travail des docteurs débutants ('junior doctors') en 2004, les pratiques infirmières avancées connaissent un nouvel essor

(39). Ce phénomène est également observé aux États-Unis lors de l'entrée en vigueur d'une loi sur la limitation du temps de travail des internes à l'hôpital à hauteur de 80 heures par semaine (40).

Les pratiques infirmières avancées tendent à être plus développées dans les pays où le nombre de médecins est plus faible et où le nombre d'infirmières est plus élevé. On constate ce ratio infirmière-médecin élevé au Royaume-Uni, Etats-Unis, Finlande et Canada. Il s'agit des pays précurseurs dans les pratiques infirmières avancées. Il est par contre difficile de savoir si ce ratio élevé est une conséquence ou la cause de leur développement (41).

C'est dans ce contexte de pénurie de médecins à venir (et notamment de médecins généralistes) (3) que des expérimentations sont menées en France en vue de répondre à la réduction de l'offre des médecins.

II.B.2. Réduire les coûts

L'hypothèse émise est que le transfert de la charge de travail du médecin à l'infirmière permet une diminution des coûts des soins, du fait de la différence de salaires. Aux Etats-Unis, en 1980, Cassels affirmait que la différence des coûts de fonctionnement entre les auxiliaires médicaux et les médecins semble suffisamment importante pour assurer des économies de santé lorsque ces auxiliaires médicaux sont utilisés à bon escient (42). En 2009, une diminution de la croissance des dépenses de santé a été estimée à 0,3-0,5% par an en cas d'embauches supplémentaires d'infirmières praticiennes (43).

Cette réduction des coûts dépend en réalité du rapport entre le salaire et la productivité de chaque professionnel de santé. La simple hypothèse d'une réduction des coûts par la substitution d'un professionnel par un autre qui gagne moins pour faire la même tâche est un peu réductrice. Plusieurs facteurs influencent l'efficience de la délégation : les différences de salaire, le coût de la formation, la productivité du professionnel, le volume d'activités qui peut être délégué ou transféré aux infirmières et enfin le coût engendré par une différence de prescription entre les professionnels (4,41).

II.B.3. Promouvoir la qualité des soins et répondre à l'évolution de la demande de soins

La demande de soins est en augmentation constante et se modifie : augmentation des pathologies chroniques et des comorbidités, vieillissement de la population. Le développement des rôles infirmiers avancés a pour but de répondre à cette évolution de la démographie médicale. Les patients chroniques ou âgés ont besoin de consultations régulières qui peuvent être assurées par l'infirmière. Ces consultations ont pour but le suivi, la prévention des complications de leur pathologie chronique ; elles permettent de libérer du temps pour le médecin (44).

II.B.4. Rendre le métier d'infirmière attractif

Dans certains pays comme la Pologne, l'Irlande ou la République Tchèque, le développement des rôles avancés pourrait permettre de fidéliser les infirmières dans leur profession et d'éviter leur émigration vers d'autres pays européens. En revalorisant la profession, en permettant une spécialisation ou en proposant un profil de carrière évolutif avec le déploiement de compétences nouvelles, le métier d'infirmière est rendu plus attractif. Le renouvellement des générations d'infirmières peut ainsi être garanti dans un contexte de réduction de jeunes professionnels sur le marché du travail (45).

II.C. EVALUATIONS

II.C.1. Les pratiques infirmières avancées

II.C.1.a. Évaluation des coûts et de la qualité des soins

Sibbald a réalisé une revue de littérature internationale en 2008 sur les évaluations de la pratique infirmière avancée, il aboutit à quatre conclusions (46) :

- les soins prodigués par les infirmières sont aussi bons que ceux réalisés par des médecins généralistes en matière de : prévention, suivi de patients chroniques et gestion des pathologies bénignes.

- les infirmières informent mieux les patients, ceux-ci sont alors plus satisfaits.

- il existe un gain d'efficacité si les médecins se concentrent sur les problèmes plus complexes.

- l'impact financier tend vers un surplus négligeable, les infirmières sont moins payées mais consultent en moyenne plus longtemps et prescrivent plus d'examens complémentaires.

Dans la revue de littérature de Delamaire, effectuée en 2010 (41), on note que la plupart des études ont été réalisées dans les pays qui possèdent la plus grande expérience en la matière de rôle infirmier avancé en soins primaires : Etats-Unis, Finlande, Royaume-Uni et Canada. Sur l'accès et la qualité des soins, du fait de l'action de l'infirmière avancée, on note :

- Un accès plus rapide aux services de soins primaires.
- Une qualité de soin au moins équivalente à celle d'un médecin travaillant seul.
- Peu d'études évaluant les coûts.

Aucune évaluation n'a conclu à un impact négatif sur la sécurité des patients.

Pour les études sur les coûts, l'économie réalisée sur le salaire des infirmières par rapport au salaire des médecins est majoritairement absorbée par un temps de consultation plus long, un plus grand nombre d'examens complémentaires ou de consultations chez un médecin spécialiste et un plus grand nombre de consultations (41).

Il faut rester prudent quant à l'interprétation de ces différentes études. En effet, chaque pays possède un contexte social, démographique et médical propre et il n'est pas possible de généraliser. La plupart des études sont réalisées aux Etats-Unis et leurs résultats ne peuvent pas s'appliquer à d'autres systèmes de santé. De plus, de nombreuses études sont uniquement descriptives et/ou présentent des faiblesses méthodologiques comme l'explique Buchan dans sa revue de littérature de 2002 (47). Mais ces études permettent au moins d'identifier quels sont les facteurs-clés du succès de ces pratiques infirmières avancées.

II.C.1.b. Évaluation de la satisfaction des patients

En 2003, Edwards publie une étude auprès de 9 cliniques américaines où les soins primaires sont pris en charges par des infirmières : 91% des patients sont satisfaits et 94% disent être prêts à revenir (48).

Au Royaume-Uni, dans deux études réalisées en 2000, les patients sont significativement plus satisfaits lorsqu'ils consultent l'infirmière plutôt que le médecin (49,50).

D'après une revue de la littérature réalisée en 2002 par Horrocks S, les patients sont plus satisfaits des soins réalisés par les infirmières que par un médecin sans différence significative

sur les résultats d'indicateurs de santé (51). Elle est rejointe par une deuxième revue de littérature de 2003, réalisée par Branson C, qui décrit les attentes des patients. Les personnes âgées désirent un colloque singulier mené par leur médecin généraliste alors que les patients jeunes ou actifs misent sur la disponibilité des soignants. Les personnes de milieu socio-économique défavorisé estiment l'infirmière mais trouvent que le système se complexifie. Tous les patients apprécient l'infirmière qu'ils jugent compétente ; elle entretient une bonne relation avec eux, émet de bons conseils et leur consacre du temps. Celle-ci peut malheureusement être considérée comme un obstacle entre le patient et son médecin. Un des rôles du médecin généraliste est de renforcer la sensibilisation et la confiance chez les patients au sujet du rôle de l'infirmière (52).

II.C.2. Évaluation quantitative de ASALÉE

Deux évaluations médico-économiques ont été réalisées depuis les débuts d'ASALÉE. Celles-ci ont porté sur le suivi des patients diabétiques de type 2 de 2004 à 2009 au sein du site historique des Deux-Sèvres.

La première d'entre elle a été pilotée par Yann Bourgueil de l'IRDES et publiée en 2008 (53). La seconde a été réalisée par l'équipe de Jean de Kervasdoué au sein du CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers) et publiée en avril 2010 (54). Le site des Deux-Sèvres et le protocole « suivi des diabétiques de type 2 » ont été choisis afin d'obtenir un laps de temps nécessaire pour une meilleure significativité des résultats. L'hypothèse testée par l'étude de l'IRDES (53) est : l'emploi d'une IDSP au sein du cabinet de médecine générale améliore l'efficacité (résultats biologiques) et l'efficience (rapport coût/efficacité) des soins, que le patient ait côtoyé ou non l'IDSP au cours d'une consultation d'ETP, par rapport à un exercice traditionnel de la médecine générale. L'analyse est rétrospective, elle s'appuie sur la comparaison de l'évolution du contrôle de l'équilibre glycémique (exprimé par la valeur biologique du taux de l'HbA1c) entre les patients ASALÉE (disponibles sur le portail extranet) et un échantillon témoin (constitué à l'aide de l'Observatoire de la Médecine Générale de la Société Française de Médecine Générale) entre 2004 et 2007 (avant/après). Elle étudie également les taux de réalisation des examens préconisés par l'HAS (estimés à partir des données de remboursement des caisses de régime général et agricole). Les deux échantillons ont été appareillés sur la méthodologie d'une étude cas-témoin, en fonction de l'âge, de sexe et de résidence des patients. Les trois principaux résultats sont :

- L'expérimentation d'**ASALÉE est plus efficace en terme d'évolution de l'indicateur d'équilibre glycémique** (notamment si le patient a bénéficié d'au moins une consultation d'ETP).

- L'expérimentation **ASALÉE est plus efficace en terme de taux de réalisation des examens de suivi**.

- L'expérimentation ASALÉE n'est pas plus coûteuse qu'un suivi traditionnel de médecine générale : **ASALÉE est plus efficient (meilleur résultat pour un même coût) qu'un exercice classique**.

L'étude de l'équipe du CNAM (54) a analysé l'impact budgétaire dans le cadre du même protocole (suivi des patients diabétiques de type 2) dans les Deux-Sèvres de 2007 et 2009. Les consommations de soins entre deux cohortes de patients analogues sont comparées : patients ASALÉE versus patients témoins fournis par l'Assurance Maladie (appareillage suivant des critères d'âge, de sexe et de résidence). L'étude vient confirmer les résultats précédents : **il existe une économie relative de la consommation de soins de 10% chaque année**. Les patients suivis par ASALÉE sont moins hospitalisés, utilisent moins de transports sanitaires et ont moins recours aux spécialistes. Par contre, ils semblent mieux suivis par leur médecin traitant, puisque les postes de dépense suivants sont augmentés : actes de biologie, imagerie, kinésithérapie, dentistes et audioprothésistes. L'étude médico-économique du protocole de suivi de patients à risque cardiovasculaire n'est pas réalisable pour le moment car il a été adopté au sein de ASALÉE plus tardivement et les délais ne sont pas suffisamment significatifs pour conclure. L'analyse nécessite également de disposer d'un échantillon témoin, difficile à établir. Les données recueillies par les IDSP au sein du portail extranet sont riches et méritent une évaluation sur des critères de processus et de résultats. **En conclusion, ASALÉE, au sein des Deux-Sèvres, présente des résultats encourageants qui méritent d'être confirmés à l'ensemble de l'expérimentation et notamment dans les Vosges.**

II.D. DIFFICULTES DE MISE EN PLACE

Un de principaux obstacles à la mise en place des pratiques médicales avancées a été l'opposition de la profession médicale. Plusieurs arguments ont été mis en avant par les médecins (41) :

- perte d'activité par chevauchement dans le champ de pratiques.
- degré d'autonomie et d'indépendances des infirmières avancées.
- problème de la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle.

Aux Etats-Unis, l'American Medical Association et l'American College of Physicians sont des organisations médicales adversaires des pratiques infirmières avancées. Ces associations sont opposées à une trop grande autonomie des infirmières dont l'intention serait de remplacer les médecins de soins primaires. Au Canada, les médecins redoutent les éventuelles poursuites en cas de faute professionnelle d'une infirmière en pratique avancée (41).

En France, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a exprimé des réticences quant à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle commise par une infirmière en soins avancés. Il recommande une meilleure définition des rôles et responsabilités de chacun (55).

Les médecins anglais ont accepté la compétence des infirmières dans la promotion de la santé : deux études menées en 1998 et 1999 illustrent le bon accueil des médecins quant à la délégation de tâches aux infirmières (56,57). Cet aspect peut s'expliquer par un système de santé différent sur le plan du financement et de l'organisation notamment en soins primaires, qui encourage les médecins en groupe à recourir aux infirmières praticiennes (41).

II.E. CONTEXTE LEGISLATIF FAVORABLE

La volonté de recourir à la coopération entre professionnels de santé est une conséquence aux rapports du Pr Berland sur la démographie des professionnels de santé et les transferts de compétences (dont l'expérimentation ASALÉE faisait partie) (2,6). Devant les bénéfices obtenus par les patients par rapport à la pratique médicale habituelle, la loi HPST (1) a inclus une part importante au partage de compétences au sein de l'article 51. Celui-ci définit la coopération entre professionnels de santé comme suit : « par dérogation aux conditions légales d'exercice, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient ».

La HAS a édité des guides méthodologiques afin d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches de coopération et de garantir qualité et sécurité dans cette coopération. Le premier de ces guides s'inspire des expériences menées entre 2004 et 2007 et émet des conseils pour une mise en place optimale de projet de coopération (58) :

- Anticiper les freins à la coopération.
- Construire un projet en le formalisant, en recrutant des acteurs motivés, en créant un environnement favorable tout en mettant à disposition des outils communs.

- S’assurer d’une formation adaptée avec l’acquisition de nouvelles compétences.
- Mettre en place une démarche qualité en évaluant les pratiques professionnelles.

Le second guide fournit les outils au professionnel de santé afin de réaliser son protocole de coopération (59).

Le rapport du député de Meurthe et Moselle Laurent Hénart de janvier 2011 relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire (60) explique qu’il est nécessaire « d’agir immédiatement sur le levier des métiers et des champs d’exercice. Le besoin de métiers de santé de niveau intermédiaire est évident et leur création doit être pensée et décidée avec volontarisme et cohérence… ». Les propositions de cette mission « ont vocation à redessiner la cartographie des métiers de santé pour une meilleure réponse aux besoins et aux attentes de la population, à un coût qui demeure supportable pour la collectivité nationale. ». Elle propose quatre piliers pour répondre aux besoins de santé de la population :

- Une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé.
- Une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire.
- Une méthode : adopter un système rigoureux de validation.
- Une nécessité : intégrer les formations à l’enseignement supérieur.

CONCLUSION

ASALÉE est une expérimentation qui consiste à intégrer une infirmière de santé publique (non soignante) au sein d'un groupe de médecins généralistes volontaires dont le but est l'amélioration de la qualité des soins. Le rôle de l'infirmière est d'assurer la gestion du dossier informatique du patient, de réaliser des consultations d'éducation thérapeutique et d'aider le médecin dans les campagnes de dépistage collectif.

Cette coopération entre professionnels de santé existe dans les pays anglo-saxons depuis de nombreuses années où elle a été mise en place pour répondre aux mêmes problèmes : crise de la démographie médicale et augmentation du coût de la santé. L'infirmière y assure promotion de la santé, surveillance des pathologies chroniques et consultations de première ligne.

L'étude qualitative réalisée montre que les médecins généralistes sont satisfaits du dispositif et qu'ils sont favorables à la délégation de tâches ; l'infirmière assurant un rôle important au sein de leur cabinet. De nombreuses difficultés font obstacle au bon fonctionnement du dispositif. Cette réorganisation de la pratique libérale nécessite un temps de coordination, le dispositif a un coût pour le médecin et nécessite un financement difficile à obtenir. L'organisation en maison médicale est un avantage au développement de la délégation alors qu'une organisation géographiquement disparate sans unité de lieu constitue un frein important à la coopération entre les médecins et l'infirmière.

L'évaluation quantitative de ASALÉE a démontré que l'intervention de l'infirmière présente un impact médico-économique positif. Les autorités sanitaires sont favorables à la délégation de tâches dans le but de résoudre les problèmes de démographie médicale. ASALÉE apporte la preuve qu'une organisation différente des soins primaires est possible, que les professionnels de santé y sont favorables et qu'elle permet une amélioration des résultats de soins sans surcoût pour l'Assurance Maladie.

Si la réorganisation des soins ambulatoires devait être envisagée, cette expérience pourrait peut-être constituer une piste de réflexion à la mise en place de nouvelles stratégies.

BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. J.O. du 22 juillet 2009.
2. Berland Y, Gausseron T. Mission « Démographie des professions de santé ». Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2002.
3. Attal-Toubert K. Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. 2009; n°679.
4. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Questions d'économie de la santé. 2003 Mars. Irdes n° 65.
5. HAS, Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé, Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. 2008.
6. Berland Y, Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences (Rapport d'étape). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003.
7. World Bank. Public policy and chronic non-communicable diseases. Oxford University Press. Washington DC, 2007.
8. OMS, World Health Statistics. 2010.
9. République Française. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. J.O. du 4 août 2010.
10. OMS. Therapeutic Patient Education-Continuing Education Programmes for Healthcare Providers in the field of Chronic Disease. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, traduit en français en 1998.
11. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques; 2007.
12. Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des Maladies Métaboliques. 2010 févr;4(1):38-43.
13. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. Journal of Hypertension. 2008;26(8):1505-1526.

14. Fiessinger J-N, Postel-Vinay N, Bobrie G. L'automesure tensionnelle. Académie Nationale de Médecine. 2010;194(3):663:664.

15. Wilson J.M.G, Jungner G, Principes et pratique du dépistage des maladies. Coll. «Cahiers de santé publique, no.34». 1970. Genève: Organisation mondiale de la santé, 181 p.

16. République Française. Article L1411-6 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006. J.O. du 21 décembre 2006.

17. République Française. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. J.O. du 21 décembre 2006.

18. Ministère de la Santé et des Sports, Plan cancer 2009-2013, inspiré du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009; 2009.

19. Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Texte du consensus : texte long. Gastroentérol Clin Biol 1998;22:205-18.

20. ANDEM. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col utérin. Recommandations et références médicales. Paris, ANDEM, 1995;9-24.

21. Pope C, Mays N. Qualitative research : reaching the parts other methods cannot reach. An introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ, 1 July 1995, 311, 6996, p. 42-45.

22. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. Family Practice. 2002 juin 1;19(3):285 -289.

23. Borges da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Maladie. 2001:32(2):117-21.

24. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995 juill 22;311(6999):251 -253.

25. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002;3(2):10.

26. Kaufmann JC, L'entretien compréhensif. Armand Collin, 1996, 127p.

27. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen 2004;18(645):382-4.

28. Sharken Simon J. « How to conduct a focus group ». Los Angeles, The Grantsmanship center magazine, 1999;n°9.

29. Kitzinger J. Qualitative research : introducing focus groups. BMJ, 29 July 1995, 311, p. 299-302.

30. Jones P, Bondy D. Family health services: the PHN and the GP. Canadian nurse

1969;65:38-40.

31. Glenn JK, Goldman J. Task delegation to physician extenders-some comparisons. American Journalof Public Health 1976;66:64-66.

32. Ekwo E, Dusdieker LB et al. Physician's assistants in primary care practices: delegation of tasks and physician supervision. Public Health Rep. 1979;94:340-8.

33. Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health WorkforceNurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers; 2005.

34. Ruel J, Motyka C. Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2009;21(7):384-392.

35. Conseil International des Infirmières. Domaine de pratique, normes et compétences. 34p. 2008.

36. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. Journal of Nursing Scholarship. 2010 mars 1;42(1):31-39.

37. Mundinger M-O. Twenty-first-century primary care: new partnerships between nurses and doctors. Academic Medicine. 2002 Aug;vol. 77, Issue 8.

38. Marsh G. Efficient care in general practice: Or how to look after even more patients. Oxford : Oxford University Press. 1991.

39. Buchan J, Baldwin S, Munro M. Migration of health workers: the UK perspective to 2006. OECD Health Working Papers, n° 38, 2008.

40. Aiken L-H, Cheung R. Nurse workforce challenges in the United States: implications for policy. OECD Health Working Papers, n° 35; 2008.

41. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers; 2010.

42. Record JC, McCally M, Schweitzer SO, Blomquist RM, Berger BD. New Health Professions after a Decade and a Half: Delegation, Productivity and Costs in Primary Care. Journal of Health Politics Policy and Law. 1980 sept 1;5(3):470-497.

43. Hussey PS, Eibner C, Ridgely MS, McGlynn EA. Controlling U.S. Health Care Spending — Separating Promising from Unpromising Approaches. N Engl J Med. 2009;361(22):2109-2111.

44. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – l'apport d'expériences européennes et canadiennes", IRDES. Rapport n°1624. Mars 2006.

45. Polton D, Delamaire M-L, Midy F. Analyse de trois professions : sages-femmes,

infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Rapport de l'ONDPS, Tome 3, La Documentation Française, 2004.

46. Sibbald B. Should primary care be nurse led? Yes. BMJ. 2008;337(sep04 2):a1157-a1157.

47. Buchan J, Dal Poz M. Skill mix in the heath care workforce : reviewing the evidence. Bulletin of the World Health Organisation, vol 80, n° 7, pp. 575-580, 2002.

48. Edwards JB, Oppewal S, Logan CL. Nurse-Managed Primary Care: Outcomes of a Faculty Practice Network. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2003 déc 1;15(12):563-569.

49. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ. 2000 avr 15;320(7241):1048 -1053.

50. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting « same day » consultations in primary care. BMJ. 2000 avr 15;320(7241):1043 -1048.

51. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ, 2002, vol 324, pp. 819-823.

52. Branson C, Badger B, Dobbs F. Patient Satisfaction with Skill Mix in Primary Care: A Review of the Literature. Primary Health Care Research & Development. 2003;4(04):329-339.

53. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. Coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES. Rapport n°1733. Décembre 2008.

54. De Kervasdoué J, Hartmann L, Macé J-M, Saporta G. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral : Analyse économique du dispositif ASALEE (Rapport final). CNAM, Avril 2010.

55. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Comment favoriser la coopération multidisciplinaire et interprofessionnelle pour améliorer la qualité et le suivi des soins? 15 décembre 2009.

56. Kernick D, Reinhold D, Mitchell A. How should patients consult? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients. Family Practice. 1999 déc 1;16(6):562 -565.

57. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R, Dixon P. Teams and seams: skill mix in primary care. Journal of Advanced Nursing. 1998 nov 1;28(5):1120-1126.

58. HAS. Coopération entre professionnels de santé : Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007. Septembre 2010.

59. HAS. Coopération entre professionnels de santé : Élaboration d'un protocole de coopération – Article 51 de la loi HPST. Septembre 2010.

60. Hénart L, Berland Y, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professsionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers: des pistes pour avancer. Janvier 2011.

ANNEXES

ANNEXE 1 : COURRIER D'INVITATION AU FOCUS GROUP

Nancy, le 7 janvier 2011

Objet : réalisation d'une thèse sur Asalée

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter car je réalise actuellement une thèse sur l'expérience Asalée à laquelle vous participez. Vous me connaissez peut-être déjà, j'ai travaillé en tant qu'interne au sein de la maison médicale « Les Thermes » à Gérardmer au cours du semestre précédent, j'ai consacré 2 demi-journées par semaine à Asalée.

La thèse sur laquelle je travaille, sous la direction du Dr Bastien, s'intitule : "Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après 2 ans d'expérience". Je me tourne donc vers vous dans le but de vous inviter à une soirée qui consistera à réaliser ce focus group.

Le focus group est une technique d'évaluation qualitative par entretien en groupe. Elle consiste à réunir des personnes et de les interviewer de manière semi-directive sur un sujet donné. L'interêt de l'entretien en groupe permet de développer une dynamique et ainsi stimuler les différents points de vue par la discussion. Pour améliorer le travail d'analyse, la réunion est enregistrée par dictaphone (ou caméscope) de façon anonyme.

Le but de cette thèse est d'évaluer vos motivations à participer au dispositif Asalée, les avantages que vous en tirez et les difficultés que vous rencontrez. Je vous contacterai prochainement par téléphone afin de convenir d'une date d'un horaire et d'un lieu.

En vous remerciant d'avance pour votre investissement, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Aurélien Prato

ANNEXE 2 : COURRIER DE CONFIRMATION DE DATE

Nancy, le 2 février 2011

Objet : confirmation de la date du focus group sur Asalée

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous recontacter à propos de ma thèse : "Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après 2 ans d'expérience".

Suite aux contacts téléphoniques et/ou informatiques avec chacun d'entre vous, je vous propose une date : le **jeudi 24 février 2011** pour réaliser ce groupe d'expression.

La réunion se tiendra au restaurant **Logis du Pré Braheux à Remiremont** (1425, route de Fallières).

Déroulement de la soirée :

- 20h00 : accueil
- 20h15 : focus group
- 22h00 : repas

Je vous rappelle le but de la thèse qui est d'évaluer vos motivations à participer au dispositif Asalée, les avantages que vous en tirez et les difficultés que vous rencontrez.

En vous remerciant d'avance pour votre investissement, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Aurélien Prato

VU

NANCY, le **16 mai 2011**
Le Président de Thèse

Professeur O. ZIEGLER

NANCY, le **19 mai 2011**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°3632

NANCY, le **24 mai 2011**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Action de SAnté Libérale En Équipe (ASALÉE) est une expérimentation de coopération entre professionnels de santé. Les médecins délèguent des tâches à l'infirmière au sein du cabinet de médecine générale. Le but de ce travail est d'analyser le vécu et le ressenti des médecins généralistes vis à vis de cette expérimentation afin de mettre en évidence les avantages et les inconvénients de la coopération entre professionnels de santé dans le cadre du cabinet de médecine générale. Cette étude qualitative utilise la méthode des focus group (ou entretien de groupe).

La première partie présente le dispositif ASALÉE instauré dans le département des Vosges depuis janvier 2009.

La seconde partie analyse les données recueillies lors du focus group.

- Améliorer la prise en charge des patients et répondre à l'augmentation de la demande des soins constituent les deux principales motivations des médecins pour participer à ce dispositif ; ils apprécient l'émulation de groupe et de participer à l'innovation en médecine générale.
- Le bénéfice de cette coopération se traduit au quotidien par une tenue améliorée du dossier informatisé et une qualité accrue des pratiques médicales, la réticence des patients vis-à-vis de la délégation reste quelquefois un écueil à sa réussite.
- L'organisation du dispositif nécessite actuellement un budget supplémentaire et justifierait la création d'un poste de coordination. Le fonctionnement est plus laborieux pour les médecins n'exerçant pas en groupe. Le rôle de l'infirmière peut aussi poser problème et exigerait un cadre mieux défini.
- Les médecins sont satisfaits de cette expérience mais sont pessimistes quant à l'avenir de leur projet mis en péril par des restrictions budgétaires.

Enfin, la dernière partie établit un état des lieux de la délégation des tâches au sein de pays où cette pratique est plus répandue et fonctionne de façon pérenne.

TITRE EN ANGLAIS

Cooperation between health professionals in general practice: qualitative assessment of ASALEE Vosges by the method of focus group after a two-years experience.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS :

Médecins Généralistes, Enquête qualitative, Coopération entre professionnels de santé, Délégation soins, Transfert compétences, Organisations soins, Mode d'exercice

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
