

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 11

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : médecine générale

PAR

BERÇOT Hélène

12/08/1992 MULHOUSE

**Délégation de tâches : Opinions de médecins généralistes faisant
partie du protocole ASALEE : état des lieux et quelles pistes pour
l'avenir ?**

Présidente de thèse : Professeur Kessler Laurence

Directrice de thèse : Docteur Fluhr Louise



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général: N...

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Héléne	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale, option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

² : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilios		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN- RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOU TOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédo-psychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WBSS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
 - CHAMBRON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOUQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNTSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCCO Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BUCKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VELLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.76.67.67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Remerciements

À Madame la Professeur Kessler Laurence, je vous remercie d'avoir accepté de présider la soutenance de ma thèse.

À Monsieur le Docteur Schmitt Yannick, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

À Madame le Docteur Fluhr Louise, merci d'avoir dirigé cette thèse, merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis notre rencontre, ton soutien, ta bienveillance.

À Madame le Docteur Cécile Abegg, merci d'avoir accepté de juger mon travail, merci pour ton soutien, ta gentillesse et ta bienveillance.

Aux médecins qui ont participé à ma thèse, merci pour votre disponibilité.

Aux infirmières ASALEE que j'ai rencontrées. Merci à Rosalyne, Sophie et Claire pour ce partage.

À mes maîtres de stages, merci de m'avoir accompagné.

À Anaïs, j'ai apprécié te remplacer après l'internat, merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ta gentillesse, pour ton sens de l'organisation.

À Karen, Marjorie et Jérôme, des médecins bienveillants, une belle rencontre. Vous êtes de belles personnes.

Je tiens également à remercier des personnes qui me sont chères et qui m'ont apportés tout

leur soutien, leur confiance, et m'ont transmis le meilleur pour devenir la personne que je suis aujourd'hui.

À ma fille Kiara, que j'aime plus que tout.

À mon compagnon, Jorys, merci pour tout ce que tu m'apportes, je t'aime.

À mes parents, Françoise et Marc, merci pour votre soutien durant toutes ces années, j'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

À ma sœur Marianne, merci pour ton aide, pour ton écoute, à nos moments de rire !

À ma Mamie, je te remercie pour ta précieuse aide et ton soutien.

À André et Sandra, merci pour votre aide.

À ma famille et à ma belle famille.

À mes amis : Manon, Daphné, Salima, Cécile, Romain, Isaline et Nicolas ainsi qu'à mes amis du badminton.

À mon Grand-Papa et mon Papi, je ne vous oublie pas, j'espère que de là-haut vous êtes fiers de moi.

Table des matières

Serment d’Hippocrate.....	13
Remerciements.....	14
Abréviations.....	22
I. INTRODUCTION	24
1. Enjeux et objectifs	24
2. Évolution de la loi	25
3. Présentation générale des métiers de la délégation de tâches en médecine générale.....	26
3.1. Action santé libérale en équipe (ASALEE)	26
3.2. Infirmières en pratiques avancées (IPA)	29
3.3. Assistants médicaux (AM)	33
II. MÉTHODE	38
1. Type d’étude	38
2. Population étudiée.....	38
2.1. Critères d’inclusion	38
2.2. Recrutement	38
2.3. Caractéristiques de l’échantillon	38
3. Entretiens	38
3.1. Préparation du guide d’entretien	38

3.2. Déroulement des entretiens	39
3.3. Analyse des entretiens	39
III. RÉSULTATS.....	40
1. Analyse des entretiens.....	40
2. ASALEE.....	41
2.1. Connaissance d'ASALEE.....	41
2.2. Motivations pour participer au dispositif.....	43
2.2.1. Amélioration de la prise en charge des patients.....	43
2.2.2. Manque de formation en ETP.....	43
2.2.3. Manque de temps.....	44
2.2.4. Volonté de travailler en pluriprofessionnel.....	45
2.3. Type de patients adressés et tâches déléguées.....	46
2.3.1. Type de patients adressés à l'infirmière ASALEE.....	46
2.3.2. Tâches déléguées.....	48
2.4. Échanges avec l'infirmière ASALEE.....	50
2.5. Les points positifs d'ASALEE.....	51
2.5.1. Amélioration de la prise en charge des patients.....	51
2.5.2. Travail en équipe.....	53
2.5.3. Donner du temps aux patients.....	54
2.5.4. Libération du temps médical ?.....	55
2.5.5. Peu de frais.....	58
2.5.6. Le salariat de l'infirmière par ASALEE.....	58
2.5.7. Pas de tâches administratives.....	58
2.6. Points négatifs d'ASALEE.....	59
2.6.1. Temps de concertation imposé	59
2.6.2. Participation aux formations ASALEE.....	59
2.6.3. Questionnement sur la formation des infirmières	60

2.6.4. Besoin de répertorier les données ASALEE.....	60
2.7. Proposition de nouveaux protocoles ASALEE	60
3. Les IPA.....	63
3.1. Connaissance des IPA.....	63
3.2. Arguments favorables à la délégation de tâches : amélioration de la prise en charge.....	64
3.2.1. Un regard supplémentaire.....	64
3.2.2. Soutien pour les situations complexes	65
3.2.3. Libération du temps médical.....	65
3.3. Les freins à la délégation de tâches aux IPA.....	67
3.3.1. Méconnaissances des compétences des IPA.....	67
3.3.2. Primo prescription et accès direct.....	70
3.3.3. Réticence à déléguer certaines missions de la médecine générale....	71
3.3.4. Réel gain de temps ?.....	72
3.3.5. La crainte d'augmenter la charge de travail.....	73
3.3.6. Les locaux.....	75
3.3.7. Redondances avec certaines missions d'ASALEE.....	75
3.3.8. Crainte de la complexification des consultations et la question de la rémunération des généralistes.....	75
3.3.9. Concurrence de l'IPA dans le travail ?.....	77
3.4. Expérience de deux médecins généralistes travaillant avec une IPA.....	78
3.4.1. Motivations pour travailler avec une IPA.....	78
3.4.2. Type de patients adressés à l'IPA.....	79
3.4.3. Échanges avec l'IPA.....	79
3.4.4. Avantages à travailler avec l'IPA par rapport à ASALEE.....	80
3.4.4.1. Libération du temps médical	80
3.4.4.2. Amélioration de la prise en charge des patients.....	80
3.4.4.3. Pas de frais supplémentaires.....	81

3.4.5. Difficultés rencontrées avec l'IPA.....	81
3.4.6. Nécessité d'échanger régulièrement	81
3.4.7. Peu d'augmentation de la charge de travail.....	82
3.4.8. Responsabilité	82
3.4.9. Projets avec l'IPA.....	83
3.5. Prérequis pour déléguer à une IPA.....	83
3.5.1. Le médecin généraliste au centre du système de soin.....	83
3.5.2. Réaliser des protocoles.....	84
3.5.3. Travail en équipe.....	85
3.5.4. Confiance envers l'IPA.....	86
4. Les AM.....	86
4.1. Connaissance des AM.....	86
4.2. Motivations pour déléguer à l'AM.....	86
4.2.1. Déléguer les tâches administratives.....	86
4.2.2. Déléguer l'accueil du patient, l'aide dans le déroulement de la consultation.....	87
4.2.3. Déléguer certains actes techniques.....	88
4.2.4. Libération du temps médical.....	88
4.2.5. Amélioration de la prise en charge ?.....	89
4.3. Freins à la délégation de tâches aux AM.....	91
4.3.1. La méconnaissance des missions exactes de l'AM.....	91
4.3.2. Confiance envers l'AM.....	91
4.3.3. Redondance dans le travail réalisé par une secrétaire.....	91
4.3.4. Volonté de ne pas déléguer certaines missions du généraliste.....	92
4.3.5. Modification de la relation médecin-patient	93
4.3.6. Peu de libération du temps médical ?	94
4.3.7. Les locaux	95
4.3.8. Crainte d'augmenter la charge de travail.....	96

4.3.9. Le salariat.....	97
4.3.10. Les aides financières proposées par l'Etat.....	98
5. ASALEE, IPA et AM : qui répond le mieux aux besoins des médecins ?	99
6. Perception de l'IPA ou de l'AM auprès de la patientèle.....	101
 IV. DISCUSSION.....	 103
1. Pertinence de l'étude.....	103
1.1. Forces de l'étude.....	103
1.2. Population étudiée.....	103
2. Limites de l'étude.....	104
3. Etat des lieux du dispositif ASALEE.....	105
3.1. Motivations.....	105
3.2. Adressage et tâches déléguées.....	105
3.3 Échanges entre infirmières et médecins.....	107
3.4. Les avantages d' ASALEE.....	107
3.4.1. Amélioration de la prise en charge des patients.....	107
3.4.2. Libération du temps médical.....	109
3.4.3. Confort d'exercice.....	110
3.4.4. Travail en équipe.....	110
3.4.5. Avantage financier.....	111
3.5. Les pistes d'amélioration d'ASALEE.....	111
4. Autres formes de délégation de tâches : IPA et AM.....	113
4.1 Les points positifs à la délégation de tâches	113
4.1.1. Amélioration de la prise en charge des patients.....	113
4.1.2. Libération du temps médical.....	114
4.1.3. Confort d'exercice.....	115
4.2. Les freins à la délégation de tâches.....	116
4.2.1 La méconnaissance des missions des délégués.....	116

4.2.2. Modification de la relation médecin-patient.....	116
4.2.3. Une volonté de ne pas déléguer certaines tâches.....	117
4.2.4. La responsabilité	118
4.2.5. Local.....	119
4.2.6. Aspect financier.....	120
5. Quid du travail des infirmières ASALEE et IPA au sein d'une même structure...	123
6. Infirmières ASALEE, IPA et AM : quelle profession peut répondre au mieux aux besoins des médecins ?.....	123
V. Conclusion.....	125
Annexes.....	128
Bibliographie.....	162
Résumé.....	169

Abréviations :

ADECA : Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace.

ADEMAS : Association pour le Dépistage des Maladies du Sein

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

AM : Assistant Médical

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CDI : Contrat de travail à Durée Indéterminée

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisses Primaires d'Assurance Maladie

CPF : Compte Personnel de Formation

CPNEFP : Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CQP : certificat de qualification professionnelle

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

ECG : ElectroCardioGramme

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESP : Équipe de Soins Primaires

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FO : Fond d'oeil

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IPA : Infirmière en pratiques avancées

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

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

OPCO EP : OPérateur de COmpétence des Entreprises de Proximités

OPTAM : Option Pratique TARifaire Maîtrisée

I. INTRODUCTION

1. Enjeux et objectifs

La demande de soins n'a jamais été aussi forte en médecine générale due principalement au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques. En parallèle, le nombre de médecins généralistes en France baisse : moins 5.6% depuis 2012. La densité de médecins généralistes passe de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012, à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021. (1)

Pour pallier la diminution de l'offre de soins mais aussi pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, la coopération entre médecins généralistes et infirmières semble être une piste intéressante. En effet, le rapport Berland en 2003 (2) a montré que la coopération interprofessionnelle et une délégation de tâches pouvait être une solution aux problèmes de démographie médicale. La délégation désigne « l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. » Selon cette définition formulée par la Haute Autorité de Santé (HAS)(3), la délégation renvoie donc d'une part à l'action (de confier une tâche ou un acte de soin à un autre) et d'autre part précise les responsabilités du délégant et du délégué ainsi que leur rapport (supervision du délégué par le délégant). Au contraire, le transfert est défini comme « l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en terme de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation. » Le transfert renvoie à l'action de déplacement d'un acte de soin dans sa totalité (non seulement

une tâche), la responsabilité y compris (contrairement à la délégation qui maintient la supervision du délégué par le délégant).

La loi évolue dans le sens de la délégation comme nous le verrons plus bas et certains médecins généralistes ont d'ores et déjà recours à la délégation de certaines tâches, notamment via le protocole Action de santé libéral en équipe (ASALEE). Cette thèse s'intéressera aux ressentis des médecins généralistes concernant la délégation de tâches aux infirmières dans le cadre du dispositif ASALEE. Le questionnaire sera élargi aux autres métiers de la délégation de tâches en médecine générale. Autrement dit, il s'agira de recueillir leurs ressentis pour aller plus loin dans la délégation de tâches au travers d'une coopération avec les infirmières en pratiques avancées (IPA) ou d'autres besoins dans la délégation de tâches au travers des assistants médicaux (AM).

2. Évolution de la loi

La loi a progressivement évolué, permettant d'élargir le cadre légal en faveur de la coopération interprofessionnelle. La loi d'orientation en santé publique du 9 août 2004 (4) permet notamment une dérogation à la délégation de tâches en vue d'expérimentations de coopération et de transferts de compétences entre professionnels de santé. Ainsi, le protocole d'expérimentation Action de santé libérale en équipe (ASALEE) a pu voir le jour en 2004. En 2006, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) conclut lors d'un rapport d'évaluation que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins » (5).

En 2008, la Haute autorité de santé (HAS) publie des recommandations pour favoriser les formes de coopération entre les professionnels de santé (3). En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) publie les projets de coopération interprofessionnelle dans un cadre expérimental. L'article 51 de la loi HPST stipule que « 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 leurs modes d'intervention auprès du patient » (6) . En 2016, l'article 119 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé crée l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. Il définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux au sein d'une équipe coordonnée par un médecin. (7) L'arrêté du 18 juillet 2018 définit les modalités de l'exercice en pratique avancée des infirmières (8), (Annexe 1). Le 16 juillet 2019 le Sénat adopte la réforme Ma santé 2022 (9). Elle prévoit la création de 4 000 assistants médicaux pour libérer du temps médical. Les assistants médicaux pourront s'occuper des tâches administratives, de la préparation et du déroulement des consultations et de la coordination.

3. Présentation générale des métiers de la délégation de tâches en médecine générale

3.1. Action de santé libérale en équipe (ASALEE)

Un protocole d'expérimentation Action de Santé Libérale En Équipe (ASALEE) est créé en 2004 par le Dr Jean Gautier, médecin généraliste dans les Deux Sèvres. Il est né d'une réflexion sur la coopération pluridisciplinaire concernant la prévention et l'éducation thérapeutique des patients pour l'amélioration de la qualité des soins, dans un contexte de baisse de la démographie médicale.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini, en 1948, la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents ou des handicaps. ».

Toujours selon l'OMS, en 1996, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'ETP peut être proposée à un patient souffrant d'une maladie chronique ainsi qu'à ses proches. Elle a pour but de faire acquérir aux patients des compétences d'autosoins et d'adaptation à leur maladie. Elle est centrée sur le patient et prend en compte son environnement ainsi que ses composantes psychologiques et culturelles. Elle doit respecter la prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de santé (10).

ASALEE a pour objectif de créer une coopération entre médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique dans un cabinet libéral pour améliorer la prise en charge des patients et libérer du temps médical. Initialement, l'association ASALEE a été financée durant un an, par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de la région Poitou-Charentes, puis par le comité de pilotage des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, puis directement par la CPAM. ASALEE finance la rémunération des infirmières ASALEE, incluant les temps de réunion de secteur entre infirmières ainsi que les synthèses avec les médecins. Les infirmières dans ce protocole sont donc salariées par l'association. ASALEE participe aussi financièrement des moyens techniques dont les infirmières ont besoin pour mener à bien leurs missions. Notons que les temps administratifs du médecin adhérent au protocole ASALEE sont reconnus et valorisés financièrement par l'association. Un forfait est alloué au médecin chaque année selon le nombre de patients suivi par l'infirmière ASALEE.

Le travail des infirmières porte majoritairement sur l'éducation thérapeutique du patient afin de l'aider à acquérir des connaissances sur sa pathologie pour un meilleur suivi et une diminution des complications. Les missions des infirmières ASALEE sont protocolisées. Quatre protocoles ont été validés par l'HAS en 2012 (11), (12) :

- Le dépistage et le suivi du patient diabétique de type 2 : rédaction et signature de prescriptions des examens (HBA1C, microalbuminurie, dosage du cholestérol, créatinine, fond d'oeil), prescription et réalisation des ECG : Electrocardiogramme (ECG), la prescription de soins de pédicurie, réalisation et interprétation des examens des pieds avec monofilament
- Le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant la prescription et la réalisation des ECG
- Le suivi du patient tabagique à risque bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie, la prescription des substituts nicotiques
- La consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées.

Les infirmières ASALEE participent également au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon. Elles expliquent et remettent le test immunologique de détection de sang occulte dans les selles, après s'être assuré de l'absence de critères d'exclusion. Elles peuvent également mettre en place un système d'alerte dans le dossier des patients éligibles au dépistage des cancers concernés, cela crée un rappel pour le généraliste lors de la prochaine consultation. Elles peuvent également participer aux campagnes collectives de dépistage.

L'infirmière peut repérer dans la base de données du cabinet quels patients sont éligibles. Elle peut contacter directement le patient ou laisser une note dans le

dossier patient, le médecin pourra inviter le patient lors d'une prochaine consultation. Le médecin doit afficher dans son cabinet la possibilité aux patients d'être suivi par une infirmière ASALEE. Le patient doit avoir comme médecin traitant le médecin du cabinet. Le médecin adresse le patient lors d'une consultation à l'infirmière ASALEE, en la présentant et explique son rôle. Il peut directement donner un rendez-vous auprès de l'infirmière ou bien donner les coordonnées de l'infirmière.

L'infirmière organise son temps de travail librement, notamment le rythme des rendez-vous pour le suivi. Elle doit retranscrire les rencontres dans le dossier du patient ainsi que dans la base de données ASALEE. Un temps de concertation doit être régulièrement défini entre les médecins et l'infirmière ASALEE.

Depuis sa création en 2004, l'association ASALEE s'est développée : en septembre 2021, l'association déclarait 1 250 ETP infirmières et 6 000 médecins et 2 000 structures (cabinets médicaux, maisons de santé, centres de santé). La dynamique de développement d'ASALEE va vers le développement des infirmières en pratique avancée (IPA). Désormais 70 infirmières ASALEE sont engagées en pratique avancée en 2021, avec 35 en formation et 35 diplômées (13).

En octobre 2023, l'association ASALEE déclare 8 742 médecins généralistes, 2021 infirmières et 2845 structures (14).

3.2. Infirmières en pratique avancée (IPA)

Le Conseil International des Infirmières définit l'infirmière en pratiques avancées (IPA) comme suit : « L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette

pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer. » (15).

Les limites de leur pratique sont établies par l'article R4301-3 du code de la santé publique qui définissent leurs missions en trois champs d'intervention (16) :

- Une activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique
- Prescriptions de produits de santé non soumis à la prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations à des prescriptions médicales.

En médecine générale, leur domaine d'intervention est relatif aux pathologies chroniques stabilisées et aux polyopathologies courantes en soins primaires (accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie). Un protocole d'organisation est établi puis signé entre les médecins et l'IPA. Il mentionne :

- Le ou les domaines d'intervention concernés
- Les modalités de prise en charge par l'infirmier·ère exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés
- Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier·ère exerçant en pratique avancée
- Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelles destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés
- Les conditions de retour du patient vers le médecin

Le médecin décide quel patient peut bénéficier d'un suivi avec l'IPA. Le patient doit donner son accord. Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA. Ces modalités figurent dans un document intégré au dossier médical du patient. Ce document précise :

- La composition de l'équipe
- La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation
- Les conditions de retour vers le médecin sur décision de l'IPA

Le médecin partage le dossier médical du patient avec l'IPA. L'IPA doit noter un compte rendu de sa consultation dans le dossier. Si l'IPA est confronté à une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, elle doit adresser le patient sans délai au médecin et en informer ce dernier.

L'IPA reste responsable des actes qu'il réalise dans le cadre de la pratique avancée.

La formation universitaire d'IPA dure deux ans. Elle équivaut à un niveau master. Il est possible de s'inscrire directement à la formation d'IPA après l'obtention du diplôme d'infirmière mais l'infirmière doit exercer durant trois ans avant de pouvoir exercer en temps que IPA. La première année est un tronc commun pour poser les bases du métier d'IPA, elle est composée de 418 heures d'enseignement théorique (cours magistraux, travaux dirigés et travaux pratiques) et de 280 heures de stage. La deuxième année est consacrée à la mention choisie, elle est composée de 291 heures d'enseignement théorique et 560 heures de stage. La soutenance du mémoire conclut la formation. Il existe cinq mentions de spécialité :

Mention 1 : Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires (accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie)

Mention 2 : Oncologie et hémato-oncologie

Mention 3 : Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

Mention 4 : Psychiatrie et santé mentale

Mention 5 : Urgences

Les IPA peuvent effectuer de la recherche en pratique avancée. Elles peuvent avoir pour rôle de promouvoir ce métier. En effet, le métier d'IPA n'existe que depuis 2018.

Le coût de la formation IPA à l'université de Strasbourg est de 4 500 euros par an. L'Agence Régionale de Santé (ARS) peut apporter un soutien financier. Les études peuvent être financées par l'association ASALEE si l'infirmière s'engage à poursuivre son activité professionnelle au sein de l'association durant sa formation.

Les IPA en ville peuvent avoir différents modes d'exercice. L'infirmière en pratique avancée peut être salariée d'un centre de santé ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Elle peut devenir l'assistante médicale du médecin. En effet, les assistants médicaux peuvent être de différents niveaux de formation dont la nouvelle spécialité d'IPA. L'IPA peut également être salariée du dispositif ASALEE. C'est le cas des infirmières ASALEE qui se forment ensuite au métier de IPA.

Les IPA peuvent également être libérales. Elles peuvent bénéficier d'une aide à l'installation et sont rémunérées selon des forfaits (17).

- Un forfait d'initiation du suivi est valorisé à hauteur de 60 euros au titre du premier trimestre de suivi du patient
- un forfait de suivi valorisé à hauteur de 50 euros, facturable tous les trois mois, si l'IPA justifie un contact avec le patient en présentiel ou à distance.
- Il y a également une majoration du forfait de 3.90 euros selon l'âge du patient (patients de moins de 7 ans ou pour les plus de 80 ans).
- L'IPA peut réaliser un bilan ponctuel à la demande du médecin pour un patient, une fois par an, valorisé à hauteur de 30 euros.
- Les "séances de soins ponctuelles IPA" valorisées à hauteur de 16 euros, facturables 4 fois par an, regroupent la réalisation d'actes techniques relevant du champ de compétence propre de l'IPA.

3.3. Assistants médicaux (AM)

La réforme Ma santé 2022 a été adoptée par le Sénat le 16 juillet 2019. Elle prévoit la création de 4 000 postes d'assistants médicaux en 2022 afin de libérer du temps médical. En effet, les assistants médicaux ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients, d'améliorer les conditions d'exercice du médecin et permettre une amélioration de la prise en charge des patients notamment dans la coordination des soins et les démarches de prévention. (18)

Les assistants médicaux peuvent effectuer des tâches de nature administrative, des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation et des missions d'organisation et de coordination. (19) Parmi les tâches administratives,

l'assistant médical peut accueillir le patient, créer et gérer son dossier et accompagner la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet médical.

L'AM peut effectuer la préparation et certaines tâches lors du déroulement de la consultation comme par exemple l'aide à l'habillage et au déshabillage, la prise de constantes (prise de tension, pesée, mesure de la taille), la mise à jour du dossier patient concernant les dépistages et les vaccinations, le recueil d'informations utiles sur les modes de vie pour alerter le médecin si nécessaire, la délivrance des tests et kits de dépistage, la préparation et l'aide à la réalisation d'actes techniques (par exemple : électrocardiogramme).

L'AM peut coordonner la prise en charge avec les autres acteurs des soins pour un patient par exemple organiser un rendez-vous avec un médecin spécialiste, avec un hôpital en prévision d'une admission mais aussi avec d'autres professionnels de santé comme une infirmière, un masseur-kinésithérapeute ou un sage-femme ou autre nécessaire pour assurer la prise en charge des patients, de plus en plus souvent atteints de pathologie chronique ou après une hospitalisation (19).

Cependant, conformément à l'article 9-1 de l'arrêté du 14 août 2019 (18), le médecin choisit quel type de mission il attribue à l'assistant médical selon ses besoins et son mode d'organisation suivant le référentiel validé par la Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle (CPNEFP) de la Convention collective du Personnel des Cabinets Médicaux (20).

La formation d'AM est ouverte aux infirmiers, aides soignants, auxiliaires de puériculture, secrétaires médicales. Elle est également ouverte aux personnes ne possédant pas d'expérience dans le secteur de la santé, à condition d'avoir le

baccalauréat. La formation d'AM permet d'obtenir un certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical. La formation dure 389 heures et est composée de 4 blocs (21) . (cf. Tableau : Les blocs de formation de l'AM).

BLOC 1 : Suivi du parcours de santé du patient	BLOC 2 : Accueil et prise en charge administrative des patients
- Examens et soins courants en cabinet médical	- Création et suivi d'un dossier patient
- Parcours de santé et coordination	- Vocabulaire médical
- Vaccination et dépistages	- Logiciel médical
- Politiques de santé publique	- Communication avec les patients
	- Télémédecine

BLOC 3 : Hygiène et qualité	BLOC 4 : Assistance opérationnelle du praticien
- Gestion du risque contaminant	- AFGSU Niveau 1
- Identito-vigilance et pharmacovigilance	- Constantes et mesures
	- Gestion des stocks
	- Assistance technique au praticien

Tableau : Les blocs de formation de l'AM (20)

Les titulaires du diplôme d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture ou d'infirmier doivent uniquement se former au bloc 2 « Accueil et prise en charge administrative des patients » pour obtenir le CQP d'assistant médical. Ce bloc contient 112 heures de formation. Cette formation d'adaptation à l'emploi, doit être entreprise dans un délai de trois ans après leur prise de fonction.

La formation peut être prise en charge par l'Opérateur de compétence des entreprises de proximités (OPCO EP) ou par le compte personnel de formation (CPF).

Les assistants médicaux peuvent être recrutés sans être titulaire du CQP d'assistant médical, mais ils doivent commencer la formation d'AM dans les deux ans suivant leur recrutement et doivent obtenir le certificat de qualification dans les trois ans suivant leur recrutement (19).

Les médecins peuvent bénéficier d'une aide à l'emploi d'un AM.(19) Les conditions d'aide à l'emploi ont été assouplies par le règlement arbitral du 1er mai 2023. Désormais, tous les médecins libéraux, y compris les médecins nouvellement installés dès lors qu'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2, avec engagements de modérations tarifaires (médecins adhérents à l'Optam – Optam-CO), peuvent en bénéficier. Les médecins généralistes doivent avoir plus de 775 patients dans leur patientèle médecin traitant. Les conditions d'exercice regroupées dans un cabinet d'au moins 2 médecins et de manière coordonnée ont été levées.

Les aides accordées par la CPAM s'échelonnent suivant le temps de travail de l'AM :

Temps de travail de l'AM	Première année	Deuxième année	Troisième année et suivantes
Tiers temps	12 000 €/an	9 000 €/an	7 000 €/an
Mi temps	18 000 €/an	13 500 €/an	10 500 €/an
Temps plein	36 000 €/an	27 000 €/an	21 000 €/an

Cependant, des contreparties sont attendues par l'Assurance Maladie. Elles portent principalement sur une augmentation d'activité. Pour un médecin généraliste, cet engagement s'apprécie selon deux critères : le nombre de patients déclarés médecin

traitant et le nombre de malades différents vus au moins une fois dans l'année (file active). Ces contreparties seront formalisées au travers d'un contrat entre le médecin et l'Assurance maladie. Les engagements à prendre davantage de patients sont proportionnés à la taille de départ de la patientèle du médecin. Plus sa patientèle est déjà conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients. L'atteinte des objectifs sera vérifiée annuellement par l'Assurance maladie.

II. MÉTHODE :

1.Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, car la mieux appropriée pour recueillir et analyser les données descriptives telles que les ressentis et les expériences des médecins généralistes.

2. Population étudiée

2.1.Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les médecins installés dans le Haut Rhin et faisant partie du protocole ASALEE.

2.2. Recrutement

J'ai pu recueillir les contacts des généralistes faisant partie du protocole ASALEE lors d'une participation à une réunion de secteur des infirmières ASALEE. Réunion à laquelle j'ai été invitée par une infirmière ASALEE du cabinet où j'ai effectué un remplacement. Vingt-neuf médecins généralistes du Haut-Rhin ont été contactés par téléphone ou par mail. Huit ont répondu favorablement.

2.3. Caractéristiques de l'échantillon

Un échantillon a été constitué avec une proportion équilibrée entre les hommes et les femmes, ainsi qu'au niveau des secteurs et de la durée de participation avec le dispositif ASALEE.

3. Entretiens

3.1. Préparation du guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-dirigé a été réalisé avec des questions ouvertes et neutres permettant de recueillir des avis spontanés et d'assurer des données suffisantes. (Annexe 3)

L'entretien est articulé en quatre parties. La première s'intéresse aux données épidémiologiques de l'échantillon, la deuxième porte sur l'état des lieux du dispositif ASALEE, la troisième recueille l'opinion des médecins concernant les IPA et la quatrième partie recueille l'opinion des médecins concernant les AM.

3.2. Déroulement des entretiens

J'ai interrogé les médecins durant la période de janvier à avril 2023, soit en visioconférence soit dans leur cabinet selon leurs convenances. J'ai enregistré les entretiens avec un dictaphone numérique.

3.3. Analyse des entretiens

J'ai retranscrit intégralement chaque entretien sur le logiciel Microsoft Word. Cette retranscription inclut les fautes de français et de syntaxe pour conserver le caractère authentique des entretiens . Les médecins interrogés sont identifiés par des lettres (de M1 à M8) pour préserver leur anonymat.

Une analyse des entretiens m'a permis de réaliser cette étude qualitative, en incluant les citations pertinentes.

III. RÉSULTATS

1. Analyse des entretiens

- Caractéristiques de l'échantillon :

Médecins	Sexe / âge	Structure	Lieu	Durée d'installation	File active / médecin traitant	Durées moyenne consultation	Durée de participation avec ASALEE
1	H / 43 ans	MSP	rural	12 ans	1600 / 1100	15 mins	5 ans
2	F / 35 ans	cabinet individuel	urbain	1 an et demi	2700 / 1200	12 mins	10 mois
3	F / 37 ans	cabinet de groupe	urbain	8 ans	2000 / 1000	15 mins	4 ans
4	F / 50 ans	cabinet de groupe	urbain	19 ans	2400 / 1900	15 mins	4 ans
5	H / 38 ans	MSP	urbain	10 ans	2000 / 1700	10 à 15 mins	4 ans
6	H / 41 ans	cabinet de groupe	semi rural	10 ans	1600 / 1060	20 mins	2 ans
7	H / 38 ans	cabinet de groupe	semi rural	6 ans	5800 / 900	15 mins	1 an
8	F / 32 ans	cabinet de groupe	semi rural	4 ans	800 / 600	20 mins	2 ans

Au total, huit médecins ont participé à l'étude : quatre hommes et quatre femmes. Il y a un équilibre femme-homme paritaire dans notre échantillon. L'âge moyen des médecins interrogés est de 39 ans. Deux médecins travaillent dans une maison de santé

pluriprofessionnelle (MSP), un médecin travaille dans un cabinet individuel, et cinq médecins travaillent dans un cabinet de groupe. La moitié des médecins interrogés exercent dans un secteur urbain, trois autres médecins dans un secteur semi rural, et un seul dans un secteur rural. La durée d'installation moyenne des médecins faisant partie de l'étude est de 8 ans. La file active moyenne est de 2362 patients par médecin et le nombre moyen de patients dont le médecin est déclaré en tant que médecin traitant est de 1070. En moyenne la durée de la consultation est de quinze minutes. Enfin, les médecins interrogés participent en moyenne depuis 2 ans et 10 mois au programme ASALEE.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé aux médecins interrogés. Quatre entretiens ont été réalisés en visioconférence et quatre au cabinet du praticien.

A noter, le médecin 7 (M7) travaille avec un IPA salarié d'un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) depuis trois mois au moment de l'entretien. L'infirmière ASALEE qui travaille avec le médecin 5 (M5), est une infirmière ASALEE qui s'est formée aux pratiques avancées, tout en gardant son statut de salariée au sein de l'association ASALEE. Elle est à la fois IPA et infirmière ASALEE dans la MSP depuis 3 mois au moment de l'entretien.

2. ASALEE

2.1. Connaissance d'ASALEE

La majorité des médecins interrogés disent avoir connu ASALEE par le bouche à oreille entre confrères et consoeurs, trois médecins affirment avoir connu le dispositif autrement : un au cours d'un congrès du Collège national des généralistes enseignants, un autre via des recherches personnelles afin d'obtenir de l'aide dans sa pratique et enfin un dernier durant son internat auprès d'un cabinet médical faisant partie du dispositif ASALEE.

M1 : << Un collègue Bas-Rhinois, lors d'une journée de la fédération de la maison de santé d'alsace. >>

M2 : << J'ai regardé les différentes aides que la sécurité sociale proposait et ma remplaçante m'en a parlé quand je lui ai demandé le sujet de sa thèse et je me suis repenchée sur le sujet. >>

M3 : << C'est une de mes collègues qui a entendu parler de ce dispositif par un confrère qu'elle a rencontré lors d'une journée de formation médicale. >>

M4 : << Par un médecin généraliste où j'étais en formation avec lui, il m'a dit si vous êtes cinq médecins pour pouvez faire ASALEE. Du coup, il m'en a parlé. >>

M5 : << Via mon collègue qui a été entendu par un confrère qui travaille au département de médecine générale, qui est en contact régulièrement avec d'autres médecins généralistes, d'autres maisons de santé, qui connaissait ce dispositif et qui nous en a parlé. >>

M6 : << J'ai connu ASALEE dans un congrès de médecine générale CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), il y a 5 ans, il y avait des travaux de thèse. >>

M7 : << C'est une consoeur qui m'a proposé, car il manquait deux médecins pour finir le groupe. >> (une consoeur de son secteur qui cherchait deux médecins pour constituer un groupe de cinq médecins pour travailler avec une infirmière ASALEE)

M8 : << J'étais interne dans un cabinet médical où il y avait une infirmière ASALEE. >>

2.2. Motivations pour participer au dispositif

2.2.1. Amélioration de la prise en charge des patients

Parmi les motivations des médecins à adopter le dispositif ASALEE figure la volonté d'améliorer la prise en charge des patients à travers l'éducation thérapeutique du patient.

M1 : << La motivation au départ, c'était de gagner à la fois du temps et de la qualité de prise en charge pour donner plus de place à l'éducation thérapeutique. >>

M6 : << ASALEE, c'était pour les suivis des patients chroniques, diabétiques surtout, et ça avait l'air d'apporter un plus au suivis des patients diabétiques, avec des choses auxquelles on ne pensait pas ou l'on n'avait pas le temps. >>

M7 : << Avoir une meilleure prise en charge des patients, c'est comme ça que ça m'était présenté, et c'est comme ça que c'est. >>

M8 : << Quand j'étais interne, j'avais vu que l'infirmière ASALEE faisait beaucoup de prévention dans le suivi du patient diabétique, on avait des réels progrès. >>

2.2.2. Manque de formation en ETP

Par ailleurs, les médecins ne se sentent pas suffisamment compétents concernant l'ETP. La délégation de cet aspect du suivi des patients, technique et chronophage, semble soulager les généralistes.

M1 : << Initialement j'avais peur que l'infirmière ASALEE me prenne la partie intéressante de mon travail de suivi de l'éducation thérapeutique. Je faisais des consultations dédiées à

la nutrition, sur lesquelles j'avais un sentiment de frustration car mon impact au long court n'était pas très bon. Il y a aussi la question de la compétence et beaucoup de médecins sont persuadés de savoir faire de l'ETP mais en fait non, ils font du conseil. L'ETP est vraiment une compétence technique qui s'acquiert et il y a des formations dédiées. >>

M2 : << Je me suis dit, ça serait bien qu'on ait de l'aide au cabinet pour tous les patients très chronophages qui ont besoin de soutien, qui ont besoin d'être revu régulièrement, et pour lesquels en médecine générale on est démuni, on manque de temps et d'expérience sur l'éducation thérapeutique. C'est quelque chose d'important, et je ne suis pas sûre d'être suffisamment compétente là dedans non plus. >>

M4 : << Je trouve qu'il n'y a pas mal de tâches qu'on n'a pas à faire ou qu'on ne fait pas bien comme l'alimentation, le suivi des régimes. >>

M7 : << Je ne suis pas bon en ETP, je ne le maîtrise pas très bien. >>

2.2.3. Manque de temps

La durée d'une consultation de médecine générale (en moyenne 15 min pour l'échantillon interrogé) ne permet pas d'effectuer une ETP correcte. En effet, c'est un processus qui nécessite beaucoup de temps en consultation pour être adapté aux singularités de chaque patient et être efficace. La délégation de l'ETP apparaît manifestement comme un gain de temps important.

M3 : << Je suis très content d'avoir quelqu'un qui m'aide quand justement il y a des problèmes qui sont soulevés et qu'on n'a pas le temps de les régler en consultation courante. Je suis contente de déléguer. >>

M4 : << On n'a pas assez le temps pour faire ça, le travail d'ETP. En une heure, elle a le temps de connaître le patient dans sa globalité : aspect psychologique, familiale, travail, nous on n'a que des bribes. >>

M5 : << Je suis partie du constat que le temps médical, on en manque et qu'il y a beaucoup de choses qu'on ne fait pas correctement car cela nécessite beaucoup de temps, comme l'éducation thérapeutique. Le dispositif ASALEE nous permettait d'aller plus loin dans la prise en charge de la prévention des complications, notamment l'aide au sevrage tabagique, la prise en charge du poids, les facteurs de risque cardiovasculaire, là où nous n'avions pas toujours à prendre le temps de parler d'alimentation. >>

2.2.4 Volonté de travailler en pluriprofessionnel

Les médecins interrogés disent préférer le travail en équipe. Plusieurs raisons sont avancées, telles que la qualité des échanges pluri professionnels, la nécessité d'enrichir l'offre de soin de proximité en milieu rural et le fait de ne pas travailler de façon isolée.

M1 : << On bossait beaucoup à l'époque avec le réseau santé, j'avais pu participer aux réunions de synthèse, j'avais beaucoup apprécié la qualité des échanges en pluriprofessionnels, que je connaissais déjà avec la maison de santé, mais qui là étaient une dimension différente avec d'autres intervenants : diététicienne, psychologue etc...donc je me disais pourquoi pas essayer de recréer quelque chose de ce type dans notre maison de santé puisque étant en milieu rural, le fait d'envoyer des patients en ville était un frein, beaucoup n'y allaient pas ou arrêtaient leurs suivis en cours de route. >>

M4 : << Me faire accompagner, ne pas être toute seule, car toute seule on ne fait pas bien. >>

M6 : << C'était surtout le travail en équipe, avec un professionnel de santé autre que médecin, je trouvais ça intéressant. >>

2.3. Type de patients adressés et tâches déléguées

2.3.1. Type de patients adressés à l'infirmière ASALEE

Le type de patient adressé à l'infirmière ASALEE est principalement diabétique, dans une moindre proportion, les patients atteints de BPCO ou nécessitant un sevrage tabagique. Les patients obèses ou souffrant de la sédentarité sont également adressés à l'infirmière et un groupe d'activité physique a été créé par une équipe d'infirmières ASALEE.

M1 : << J'adresse à 80% des patients diabétiques dont beaucoup sont cardiopathes et obèses. Le motif d'adressage principal reste le diabète. On a un axe assez important sur l'obésité et la sédentarité car les infirmières ASALEE ont monté un groupe de remise en activité, c'était une des premières équipes à faire ça : il y a la marche notamment mais aussi des exercices d'assouplissements. C'est l'occasion en groupe de faire de l'éducation thérapeutique. Il y a aussi les pathologies respiratoires chroniques, les BPCO. On aimerait aussi développer mais il y a un problème de temps et de disponibilité avec les infirmières ASALEE, les aspects de prévention et dépistages (ADECA, ADEMAS). Pour le moment, on n'a pas réussi à trouver la façon pour elles de libérer suffisamment de temps pour faire ce suivi. C'est nos infirmières ASALEE qui font le recrutement des patients pour le dépistage de la rétinopathie qui est organisé sur tout le Grand Est. >>

M2 : << J'adresse beaucoup les patients qui ont besoin de coaching, tous les patients qui ont un diabète très déséquilibré ou qui sont en surpoids et isolé. On a fait beaucoup de sevrage tabagique, deux / trois d'alcool. Les patients vont mieux. Par exemple, elle arrive à faire bouger les patients obèses. Mr X n'arrivait pas à marcher dix minutes maintenant il fait

deux kilomètres. Mme X est isolée et en surpoids donc c'est parfait, elle va la faire marcher. Mme X qui était très dépendante au tabac, on est arrivé à la faire arrêter de fumer, c'est vraiment super. >>

Par ailleurs, la moitié des médecins soulignent qu'il y a un réel besoin de suivi psychologique parmi leurs patients, notamment ceux touchés par la précarité, l'isolement social ou qui sont dans l'attente d'un rendez-vous chez le psychiatre. Cependant le suivi psychologique ne fait pas partie des missions ASALEE. Un médecin déclare avoir choisi l'infirmière en raison de son expérience en psychiatrie car cet aspect de l'accompagnement lui semble indispensable.

M1 : << Il y a aussi l'isolement social avec des troubles psychiques >>

M2 : << On a choisi X, l'infirmière ASALEE car elle a une expérience d'infirmière en psychiatrie qui me paraissait indispensable et qu'elle sait très bien s'adapter aux patients et les motiver. J'adresse les patients qui ont besoin d'un soutien psychologique. Ce qui n'est pas la mission d'ASALEE. >>

M3 : << J'adresse pour des problématiques parfois plus d'ordre psychologique où il y a de la précarité. Avec la précarité, il y a du coup de l'alcool, il y a du tabac, et en fait il y a du soutien psychologique pour toutes ces problématiques là. >>

M7 : << Je lui adresse des patients ayant des troubles anxieux, des personnes qui sont en attente de voir un psychiatre et qui n'ont pas forcément envie de voir un psychologue. Elle fait de l'accompagnement. >>

2.3.2. Tâches déléguées

Le tableau ci-dessous présente les tâches que les médecins interrogés délèguent parmi celles prévues par le dispositif ASALEE :

Médecins	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Conseils hygiéno-diététiques	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Rédaction et signature de prescriptions des examens (HBA1C, microalbuminurie, dosage du cholestérol, créatinémie, fond d'oeil)	non FO : oui	non	non FO : oui	non	oui	non FO : oui	non	non
Prescription et réalisation des ECG	non	non	non	non	non	non	oui	non
Prescription de soins de pédicurie	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui
Réalisation et interprétation des examens des pieds avec monofilament	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Suivi TA, poids, prévention et règles hygiéno diététiques	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Prescription, réalisation et interprétation de spirométrie	non	non	non	non	non	oui	oui	non
Prescription des substituts nicotiques	oui	non	non	non	oui	non	non	oui
Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées	non	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui

Ainsi, l'enquête concernant les tâches déléguées par l'échantillon donne les résultats suivants :

L'intégralité des médecins interrogés déclarent déléguer les conseils hygiéno-diététiques ainsi que le suivi de tension artérielle (TA), du poids et la prévention hygiéno-diététique à l'infirmière ASALEE.

Un seul médecin délègue la prescription de la biologie (HBA1C, microalbuminurie, dosage du cholestérol, créatinémie), il s'agit du seul médecin de l'échantillon qui travaille avec une IPA à son cabinet. Parmi les sept médecins qui ne délèguent pas cette tâche, certains déclarent ne pas en avoir la nécessité et d'autres ignoraient que l'infirmière pouvait le faire.

M7 : << Je ne savais même pas qu'elle pouvait faire ça. >>

M8 : << Elle peut, on lui a dit qu'elle peut le faire. Moi il n'y a aucun problème, mais elle ne le fait pas car finalement c'est des patients qu'on voit tous les trois mois et on leur fait l'ordonnance soit on les voit tous les six mois et ils ont leur ordonnance pour l'année. >>

Trois médecins délèguent la prescription du fond d'œil (FO).

Un seul médecin délègue ponctuellement la prescription et la réalisation de l'ECG.

Cinq médecins délèguent les soins de pédicurie. Certains médecins ne déléguant pas cette tâche ignoraient que c'était possible.

M4 : << La prescription de soins de pédicurie : s'il y a besoin d'une prescription, on est en lien avec une messagerie instantanée et je peux la lui faire, mais je ne sais même pas si elle a le droit de le faire. >>

Un seul médecin ne délègue pas la réalisation et l'interprétation des examens des pieds avec monofilament.

Seuls deux médecins délèguent la réalisation de la spirométrie. Pour un médecin, cette délégation est prévue.

Trois médecins délèguent la prescription des substituts nicotiniques. Dans certains cas, c'est la volonté de l'infirmière de ne pas prescrire en l'absence de protocole.

M6 : << On la laisse faire, mais on est quatre médecins et on ne prescrit pas la même chose, pour l'instant elle préfère que nous prescrivions les substituts nicotiniques, mais il faut qu'on fasse un protocole. >>

2.4. Echange avec l'infirmière ASALEE

La plupart des médecins interrogés déclarent que les temps d'échanges avec l'infirmière se font généralement à la pause déjeuner, entre deux consultations et via un système de messagerie. La moitié des médecins planifient des réunions pour échanger avec l'infirmière ASALEE.

M1 : << On est une maison de santé donc ça facilite les échanges car on mange ensemble, il y a ces moments informels, cela dit ASALEE impose aux médecins de faire des réunions d'échange. On n'en fait pas assez. En complément on a une messagerie sécurisée sur laquelle on échange en temps réel, ou via les dossiers du patient. >>

M2 : << On mange ensemble, par texto aussi. >>

M3 : << On échange directement comme elle est juste à côté quand on se croise dans les couloirs entre deux consultations ou au moment d'une consultation s'il y a besoin. On communique aussi par mail ou par un petit chat sur l'ordinateur, c'est quotidien. Il n'y a pas de réunion parce qu'on a fait le choix de s'interpeller au moment où il y a des problèmes.

Cela oblige de se rendre disponible au moment où il y a des interrogations, des problèmes pour en discuter. On ne fait pas de réunion formelle de synthèse. >>

M4 : << Par mail, messagerie whatsapp, à la pause, entre deux patients. La proximité aide. C'est compliqué de se réunir toutes en même temps. >>

M8 : << Souvent entre midi et deux, on a une messagerie sécurisée dans notre planning de rendez-vous et une réunion tous les trois mois avec tous les médecins et on fait un point de vue global sur tous les patients, pas que les problèmes, durant un peu plus d'une heure. >>

2.5. Les points positifs d'ASALEE

2.5.1. Amélioration de la prise en charge des patients

Les médecins sont unanimes : le dispositif ASALEE améliore la prise en charge des patients. En effet, tous constatent de meilleurs résultats sur le patient accompagné par l'infirmière que ce soit au niveau de la perte de poids des patients obèses, une meilleure hygiène de vie qui semble avoir un impact sur les résultats HBA1C ou une plus grande réussite dans les sevrages tabagiques. La prise en charge est plus complète avec l'aide de l'infirmière. Des résultats positifs sont aussi soulignés s'agissant des patients en situation d'isolement.

M1 : << Contrairement à mes craintes initiales, je n'ai pas perdu plaisir à suivre ses patients, on a gagné en qualité de prise en charge et d'autonomisation des patients dans leurs prise en charge, c'est vraiment très riche. >>

M2 : << Je fais de la meilleure médecine. Si un patient est en demande d'arrêter de fumer, je ne lui prescris pas juste des patchs, je lui propose une vraie solution avec un

accompagnement. On a eu beaucoup de sevrage tabagique. ASALEE permet d'avoir de meilleurs résultats sur le sevrage du tabac. Et de manière générale, les gens sortent de leur isolement. Concernant le diabète je n'ai pas l'impression que ça améliore les chiffres d'HbA1c pour le moment. >>

M4 : << Oui complètement. Ils vont mieux avec l'infirmière ASALEE que sans, j'ose le dire. Les tâches déléguées sont mieux faites. Les diabétiques vont mieux, ils perdent du poids. Il faudrait quantifier avec l'infirmière ASALEE le nombre de kilos perdus, les gens redynamisés. On a des bons résultats mais je pense que c'est dépendant de l'infirmière. Je ne suis pas sûre qu'on aurait les mêmes résultats avec quelqu'un d'autre. >>

M5 : << Le dispositif ASALEE nous permettait d'aller plus loin dans la prise en charge de la prévention des complications, notamment d'aide au sevrage tabagique, la prise en charge du poids, les facteurs de risques cardio vasculaire, là où nous n'arrivons pas toujours à prendre le temps de parler d'alimentation, même si c'est intéressant, on n'a pas le temps. >>

M6 : << Oui j'ai l'impression, et le retour des patients qui sont contents d'y retourner. On voit que certains patients changent leur mode de vie, on a une HbA1c qui est meilleure. >>

M7 : << Oui, très nettement car c'est très complémentaire, je gère le côté plus médical et tout ce qui est ETP, accompagnement c'est elle qui fait. Ça améliore la prise en charge des patients. J'ai l'impression que les HB1ac sont meilleurs mais c'est difficile à dire objectivement. >>

M8 : << Oui, c'est une vraie prise en charge globale. >>

2.5.2. Travail en équipe

L'importance du travail en équipe est évoquée en ce qu'il permet une bonne coordination des soins. En effet, l'aide de l'infirmière permet un accompagnement plus soutenu pour les situations complexes et facilite la transmission d'informations sur la prise en charge des patients.

M6 : << C'est dans le même cabinet, c'est avec le même logiciel , on a des échanges et un travail coordonné. >>

M3 : << Ce qui est intéressant dans ce dispositif ASALEE, c'est qu'il nous aide quand il y a des situations complexes. C'est ça qui est intéressant, parce que c'est ces patients là qu'on a du mal à gérer, où il nous faut être plusieurs à pouvoir les soutenir. >>

M1 : << Quand je revois des patients suivis par l'infirmière ASALEE, à la consultation suivante je regarde ce qu'elle m'a noté dans le dossier et c'est ça la richesse d'ASALEE par rapport à un réseau. C'est que l'on sait en temps réel ce que l'un et l'autre ont abordé en consultation. Cela permet de rebondir ou d'approfondir et les patients sentent qu'il y a cette communication, ils savent que c'est une équipe, il ne se sent pas délaissé car il n'a pas vu le médecin au bout de trois mois mais six mois. J'en suis satisfait et le retour des patients est excellent. >>

Deux médecins soulignent l'importance de coordonner à deux le suivi des personnes nécessitant un plus important soutien, particulièrement pour les patients polyopathologiques.

M3 : << Suivre et encadrer les patients insuffisants cardiaques, diabétiques... J'en ai eu deux ou trois en tête, des patients qui sont polyopathologiques et de pouvoir à deux, soutenir ces patients là, c'est vraiment chouette. >>

M8 : << Pour le patient le fait d'entendre par une deuxième personne qui n'est pas médecin est hyper important et ça change vraiment tout. Les prises en charge qu'elle fait sont forcément plus globales et ça ne peut être que positif pour les patients. >>

2.5.3. Donner du temps aux patients

Avec le dispositif ASALEE, les médecins notent que les missions de suivi concernant par exemple l'ETP ou les sevrages tabagiques peuvent être mieux réalisées car les entretiens avec l'infirmière permettent d'accorder plus de temps et une meilleure écoute. En effet, d'un côté les médecins disposent de peu de temps de consultation au vue de la demande de soin, de l'autre côté l'infirmière peut proposer des entretiens de quarante cinq minutes avec convocations fréquentes. Ainsi les patients adressés à l'infirmière ont une prise en charge qui semble être mieux adaptée à leur besoin.

M5 : << Oui ça ne peut être que positif car il y a du temps en plus. >>

M7 : << Satisfait. Les patients sont contents car les consultations sont très longues. Moi je ne peux pas prendre quarante cinq minutes avec un patient. L'infirmière ASALEE prend son temps, elle les reconvoque, en plus, tout le monde l'apprécie. Elle a un bon contact. >>

M2 : << Les gens sont contents qu'on leur accorde du temps, qu'on soit à leur écoute. Je trouve ça très bien, j'amorce la chose, je leur en parle et elle continue derrière. C'est du temps où je peux voir quelqu'un d'autre. Je trouve ça bien dans la relation médecin-patient car elle est là vraiment que pour ça, elle prend le temps, les reconvoque pour ça, c'est de la motivation. Alors que moi, ça plus tout le reste, ce n'est pas possible. Surtout pour le sevrage tabagique, ça me tenait à cœur, et je trouve ça dommage de laisser les gens

continuer de fumer surtout quand ils sont en demande d'arrêter. Je n'ai pas une grande motivation à ça, ça ne me passionne pas, mais je trouve ça nécessaire et s'il y a quelqu'un d'autre à ma place pour le faire, ça m'arrange. L'infirmière ASALEE fait un suivi dans le sevrage tabagique où elle les reconvoque toutes les deux semaines. Moi avec ma file active, toutes les demandes que j'ai, je ne peux pas faire d'entretiens motivationnels."

ASALEE permet d'accorder du temps aux patients mais aussi peut créer une dynamique qui dépasse la consultation en réalisant par exemple un groupe de marche. Cela semble avoir un réel impact positif sur l'amélioration de l'hygiène de vie des patients suivis et sur l'isolement social.

M8 : << On a la chance qu'elle fasse des groupes de marche par exemple. Elle crée une dynamique avec ses patients. Un groupe de patients commence à marcher tout seul, ils se rencontrent en dehors de ça, pour continuer la marche. On n'a que des bons retours des patients. >>

2.5.4. Libération du temps médical ?

La délégation de tâches à l'infirmière ASALEE permet effectivement aux médecins interrogés de libérer du temps médical. Il apparaît en effet que l'ETP, les sevrages tabagiques et les entretiens motivationnels sont difficilement faisables par le médecin seul, tant du point de vue de la tension de leur file active que du montant de la consultation. Ainsi la délégation de ces tâches chronophages permet aux médecins de prendre le temps sur d'autres points comme la vaccination, la prévention ou de voir plus de patients.

M2 : << Oui car elle prend quand même une heure par patient pour faire de l'entretien motivationnel, c'est le grand luxe. Je ne peux pas accorder autant de temps au patient pour l'ETP, ce n'est pas envisageable car il y a pénurie de médecins, les patients ont besoin d'accéder aux soins, à vingt-cinq euros, c'est pas gérable, on peut faire un dépassement d'honoraire mais bon c'est souvent des gens précaires. >>

M4 : << Oui ça me libère du temps, par exemple la consultation du diabétique peut être plus rapide, ou tournée sur autre chose, revoir les vaccins, faire de la prévention. Le volet nutrition, c'est un volet difficile à mettre en place, je m'épuisais à faire ça. Je libère du temps comme les diabétiques sont stabilisés, je fais le renouvellement de traitement pour six mois, donc je gagne du temps comme ça, ça me permet de voir de nouveaux patients. Pour les patients hypertendus équilibrés qui ont vu au moins une fois l'infirmière ASALEE, que le poids est maîtrisé, je renouvelle le traitement pour un an. Je vois moins mes patients et ils sont contents car responsabilisés. Mais mon objectif n'est pas de voir plus de patients par jour. >>

M5 : << Pour l'instant, ça a pu me dégager un peu de temps pour absorber les autres problèmes, ça a pu prendre en charge des situations complexes pour lesquelles on avait un peu de mal car il fallait du temps par rapport au sevrage du tabac, au suivi du surpoids. >>

M8 : << Oui, concernant la prise en charge du diabète, c'est ça qui va prendre le plus de temps, l'explication du régime. Avant on voyait le patient diabétique tous les mois au début pour lui expliquer les règles hygiéno diététiques, là il est vu régulièrement par l'infirmière ASALEE, donc oui c'est un gain de temps . >>

M7 : << On peut dire que oui, ça m'arrive en consultation de me dire que je vais adresser un patient à l'infirmière ASALEE, et finalement je ne vais pas revoir le patient comme j'aurais dû le revoir deux semaines après, c'est elle qui va faire le suivi. Ça me libère de certaines tâches donc je peux voir des patients à la place. >>

M3 : << C'est des consultations où on peut faire le point sur d'autres choses (que l'ETP) souvent on parle d'autres choses. >>

M1 : << Si j'avais voulu parvenir au même résultat et le faire moi même, c'est sûr que le gain de temps est énorme, et je ne serais pas capable de faire tout ça. Il y a du temps gagné car mes consultations sont plus rapides, en quinze minutes de consultation avec un patient chronique multicompliqué, malgré tout, le suivi est bon et moi j'ai une vision d'ensemble qui est aussi bonne qu'avant où je passais trente à quarante minutes avec le patient. >>

Un gain de temps à nuancer selon les avis. Certains médecins soulignent le fait qu'ils ont plus gagné sur le plan qualitatif en pouvant prendre plus de temps sur d'autres sujets avec les patients durant les consultations, que sur le plan d'une libération de temps médical. Pour un autre médecin, l'infirmière fait des missions qu'il ne faisait pas donc ne le perçoit pas comme une libération de temps médical.

M1 : << C'est difficile de dire qu'on a gagné du temps car en médecine quand on libère du temps on le remplit par autre chose. Je ne pense pas que ça m'ait libéré du temps parce que ça a été plutôt un gain qualitatif et le temps libéré est dédié en consultation à autre chose, mais c'est très difficile à évaluer. >>

M6 : << Non, ça ne m'en n'a pas libéré mais ça m'a permis de faire des choses que je ne faisais pas avant : ETP, spirométrie, dépistage de troubles cognitifs, je ne le faisais pas car je n'avais pas le temps. Ça ne me libère pas de temps médical car tout ce que l'infirmière asalee fait, je ne le faisais pas. >>

2.5.5. Peu de frais

Le dispositif ASALEE engendre peu voire pas de frais supplémentaires pour le médecin : l'association ASALEE prend en charge le temps de synthèse, la location du local pour l'infirmière ainsi que le matériel nécessaire à la collaboration.

A noter qu'à partir de 2023, ASALEE a annoncé qu'il ne pourra plus participer financièrement au loyer du local.

M1 : << Ça coûte les cartouches d'imprimante, ASALEE participe au loyer du local qu'occupait l'infirmière, la licence du logiciel, le consommable, et il y a une rémunération pour le temps de synthèse. >>

M2 : << ASALEE jusque là ne m'a rien coûté. ASALEE paye la location du local, deux jours par semaine, ils ont payé l'ordinateur, le tensiomètre, le spiromètre, elle me dit que les frais sont très surveillés. >>

2.5.6. Le salariat de l'infirmière par ASALEE

Une médecin est satisfaite de ne pas devoir rémunérer directement l'infirmière pour une question de coût, de charge administrative ainsi que pour favoriser le travail en équipe en évitant un lien de subordination.

M2 : << Je trouve que c'est bien que ça ne me coûte rien, en plus, comme je ne la salarie pas, il n'y a pas de lien de subordination, chacun a sa place . >>

2.5.7. Pas de tâches administratives

Au niveau administratif, un médecin note que sa collaboration avec ASALEE ne lui donne pas de travail supplémentaire.

M3 : << On n'a vraiment aucun problème, tout se fait entre l'infirmière ASALEE et l'association. C'est elle qui communique directement, qui renvoie les documents, fait une

synthèse par rapport aux patients qu'elle a vus. Elle doit remplir certaines choses. Mais nous on a vraiment rien, on a rien à faire. >>

2.6. Points négatifs d'ASALEE

La majorité des médecins n'ont pas rencontré de difficulté au sein du dispositif ASALEE.

M5 : << A ce jour, non, honnêtement, pas de problème particulier. >>

2.6.1. Temps de concertation imposé

M3 : << Il y a juste cette contrainte de réunion, mais on a considéré que voilà les temps d'échanges réguliers, ça fait office de réunion. >>

2.6.2. Participation aux formations ASALEE

Trois médecins souhaiteraient suivre certaines formations proposées par ASALEE mais ne l'ont pas encore fait faute de temps ou d'organisation.

M4 : << Non, j'aimerais m'intéresser un peu plus à ce que fait l'association ASALEE, ils proposent des groupes d'échange en visioconférence pour améliorer la prise en charge du fumeur, des patients dépressifs, les troubles mentaux, c'est fait pour les infirmières mais aussi pour nous. >>

M7 : << Non, le dispositif requiert qu'on fasse des formations avec elle mais on n'y arrive pas. Même des formations pour moi je n'arrive pas à les caser. Ils privilégient les binômes alors elle est un peu lésée sur les formations. >>

M8 : << Par rapport aux formations organisées par ASALEE, elles sont prévenues un peu tard. >>

2.6.3. Questionnement sur la formation des infirmières

Un médecin estime la formation ASALEE trop courte par rapport aux tâches prises en charge par l'infirmière.

M6 : << Pas de difficulté pour l'instant, la seule chose c'est la formation ASALEE qui est très courte par rapport à ce qu'elles doivent faire. J'aimerais savoir quelles sont les compétences de l'infirmière dans telle ou telle demande. >>

2.6.4. Besoin de répertorier les données ASALEE

Un médecin souhaiterait pouvoir savoir combien de patients sont suivis dans le dispositif ASALEE, et connaître les perdus de vue.

M1 : << Le reproche que je ferais à ASALEE, ou c'est un problème d'organisation chez nous, c'est qu'on n'a peu de visibilité sur la file active d'ASALEE. Je serais incapable de vous dire combien de patients chez nous sont suivis dans le cadre du dispositif ASALEE. Ça serait intéressant de savoir quels sont les patients perdus de vu, à relancer. >>

2.7. Proposition de nouveaux protocoles ASALEE

La moitié des médecins interrogés ne suggèrent pas de nouveaux protocoles, ils trouvent les protocoles ASALEE plutôt complets. Il ressort néanmoins qu'il manque de temps ASALEE au vu de la demande, en effet les médecins relatent que les infirmières sont déjà bien occupées avec les protocoles en place et certains souhaitent plus de temps ASALEE par médecin.

M1 : << La problématique c'est de mettre tout ça dans le temps ASALEE disponible, la problématique c'est qu'on ressent le besoin d'avoir plus de temps ASALEE par médecin mais ça c'est contraint. Donc faut faire des choix par rapport à sa patientèle, à l'exercice, à l'accès plus ou moins facile aux spécialités. >>

M2 : << Je lui envoie déjà beaucoup de monde, elle a déjà beaucoup à faire, donc je n'ai pas encore réfléchi à la question mais si ça peut être à développer je veux bien y réfléchir. Ce que je regrette dans ASALEE c'est qu'on n'a pas assez de temps fourni par ASALEE. Pas assez de temps avec elle. J'ai beaucoup de patients à lui envoyer. >>

M3 : << Non, comme ça j'ai rien qui me vient à l'idée parce que je trouve qu'elles ont déjà beaucoup à faire. Avec simplement parfois du bon sens sur le rééquilibrage alimentaire. Donc d'autres missions. Non, je trouve que c'est déjà assez, c'est déjà assez complet. >>

M6 : << Ce qu'on fait là c'est déjà pas trop mal. Elle fait beaucoup de choses, on ne ressent pas le besoin de faire plus pour le moment. >>

M7 : << Non, parce que quand j'en discute avec elle, elle me dit que c'est déjà prévu dans le dispositif, dans son champ de compétence, ça me semble très complet. >>

Un médecin propose un suivi psychologique comme nouveau protocole.

M2 : << Besoin d'écoute psychologique chez les patients non diabétiques, non obèses ni hypertendus (patients hors protocoles). C'est vrai que quelqu'un de précaire, certains patients ne peuvent pas se payer un suivi chez une psychologue. >>

M4 : << La prise en charge psychologique. >>

Proposition de suivre des enfants notamment obèses ou pour les dépistages des troubles du développement :

M2 : << On débute le suivi de l'obésité chez l'enfant. Il serait intéressant de déléguer les ERTL pour les enfants, car je n'en fais pas, je n'y pense pas, ça prend du temps. >>

Un médecin propose que l'infirmière fasse les ECG et la création du dossier patient pour les nouveaux patients au cabinet.

M4 : << La prise en charge psychologique, l'ECG, la création de protocoles de nouveaux patients : l'idée est que les nouveaux patients soient vus par l'infirmière ASALEE juste avant ma consultation, pour créer le dossier (volet préventif, l'interrogatoire), puis que je n'aie que la partie médicale à faire ensuite. C'est déjà un projet de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), vouloir créer un dossier déjà fait, pour voir un nouveau généraliste. J'aimerais également qu'elle s'occupe plus de la prévention en faisant les consultations des cinquante ans. Quand les gens viennent pour l'ADECA pour la première fois, profiter pour faire un état des lieux du bien vieillir, même chose pour les soixante-dix ans : le bien vieillir, la prévention des chutes. Ça demande de la réflexion. >>

Certains médecins ne délèguent pas toutes les tâches référencées dans le protocole. Ils prévoient de déléguer les autres tâches avant de se poser la question de nouveaux protocoles.

M1 : << Les dépistages des troubles cognitifs qui prennent du temps en consultation et qui se prêtent mieux aux consultations ASALEE. Le dépistage de la BPCO, on en avait fait un peu au début. >>

3. IPA

3.1. Connaissance des IPA

Deux médecins n'ont pas fait de démarches pour connaître le métier d'IPA, une note la difficulté pour trouver les infos relatives aux IPA.

M3 : << Non, pas spécialement. Je t'avoue que je ne suis pas trop renseigné sur la question comme on a une infirmière ASALEE. Il y a des champs qui se recoupent mais elles ont peut être un droit de prescription plus élargi du coup j'imagine. >>

M4 : << Je n'ai pas fait de recherche mais j'aimerais bien savoir ce que l'on pourrait faire. S'il y en avait une dans le quartier je signerais avec elle, mais pour l'instant je suis dans la méconnaissance totale. Je ne sais pas où trouver les infos. >>

- Deux médecins parmi les huit médecins interrogés travaillent avec une IPA.

M5 : << Mon collègue qui est au département de médecine générale, dans la formation, quand il y a des idées pour adapter le travail du généraliste. Il nous en a parlé. Ça nous a plu d'aller plus loin qu'une infirmière ASALEE. >>

M7 : << Oui je connais bien, je travaille avec un IPA qui exerce en EHPAD. >>

- Deux médecins ont pris connaissance des compétences de l'IPA lors d'une réunion de secteur et deux médecins ont fait une démarche personnelle.

M1 : << J'ai des collègues qui ont expérimenté les IPA via le dispositif ASALEE, c'est un peu biaisé car il n'y a pas de grande différence. Elles ont un peu plus d'autonomie, mais ne font pas réellement les missions des IPA. >>

M6 : << On s'est un peu renseigné, un médecin du cabinet avait pu discuter avec une IPA au cours d'une réunion ASALEE. >>

M8 : << Lors de notre dernière réunion de secteur, une IPA est venue nous présenter son travail. Ça m'a fait plaisir d'apprendre ce que c'était. >>

3.2. Arguments favorables à la délégation de tâches aux IPA : une amélioration de la prise en charge

3.2.1. Un regard supplémentaire

Parmi les arguments favorables avancés par les médecins interrogés, on retrouve celui de l'amélioration de la prise en charge des patients notamment grâce au regard supplémentaire qu'offre une collaboration avec une IPA. En effet, l'apport d'un regard complémentaire permettrait d'accroître la vigilance sur les dossiers à condition de pouvoir échanger efficacement sur ces derniers.

M3 : << Je pense que si on est deux personnes à regarder un dossier, à surveiller que tout est fait et à rappeler les gens, j'imagine que ça peut être bénéfique pour le suivi des patients. >>

M4 : << En tout cas, elle ne va pas la dégrader. L'améliorer, je pense que ça sera personne-dépendante. Je pense que les IPA seront très vigilantes, car on va leur donner à faire des choses nouvelles. Ça sera énormément protocolisé et ça ne peut que bien marcher. >>

M5 : << Je pense oui, car même si les médecins ont l'impression de tout faire bien dans leur travail, ce n'est pas toujours le cas. Et plus on a de patients, plus on en fait et plus on dilue notre action. Avoir un soignant qui prend plus le temps que nous, puisqu'on s'est arrêté car qu'on avait six visites après la consultation et on pouvait pas faire une demi heure de plus, oui techniquement ça ne peut qu'améliorer la prise en charge des patients. >>.

Un médecin pense que l'amélioration de la prise en charge passe nécessairement par l'échange entre IPA et médecin.

M6 : << Si on reste dans un schéma collaboratif avec de l'échange, c'est possible que ça améliore la prise en charge des patients oui, sinon non. >>

3.2.2. Soutien pour les situations complexes

Certains médecins interrogés ne ressentent pas le besoin d'aide pour le suivi des patients ayant des pathologies chroniques stabilisées, mais plutôt un soutien pour les situations complexes.

M3 : << Mais oui, très certainement qu'on pourrait déléguer les patients qui sont stables, mais en fait on le fait automatiquement, c'est-à-dire quand on a des patients qui sont stables, on les voit moins souvent, tout simplement. On fait des ordonnances à renouveler, c'est pour les patients complexes qu'on a besoin d'avoir un coup de main. >>

3.2.3. Libération du temps médical

La majorité des médecins s'accordent à dire que l'IPA peut libérer du temps médical. Pour certains ce gain de temps leur permettra de voir de nouveaux patients, et pour d'autres, d'équilibrer leur temps en pouvant en accorder plus aux patients qui le nécessitent. Ainsi

d'un côté le gain de temps peut augmenter quantitativement le nombre de prises en charge, d'un autre, il peut améliorer qualitativement la prise en charge.

M4 : << Oui pour me libérer du temps pour voir de nouveaux patients, qui n'ont pas de médecin traitant. Je ne suis pas du tout inquiète sur le suivi des patients par l'IPA parce que je pense qu'elles seront bien formées. Je suis prête à déléguer parce que la valeur ajoutée dans ces consultations là n'est pas énorme. Dans la majorité des cas de renouvellement de traitement, les patients vont bien. Si le patient ne revient pas me voir au bout de six mois, c'est qu'il va bien, que sa tension est maîtrisée. Il est vrai que parfois dans tous ses renouvellements de traitement tu découvres des oedèmes, que la tension n'est pas équilibrée. Je m'interroge aussi sur ce qu'elle saura faire ou ne pas faire. Moi je m'éclate assez dans les nouveaux patients car tu découvres des choses, tu as des bilans à faire. C'est pas "l'éclate" les renouvellements de traitement. >>

M2 : << Pour un médecin généraliste qui voit ses patients tous les mois, je dirais oui, mais ce n'est pas mon cas, je les vois tous les 3 mois , je leur dis de me rappeler entre temps s'il y a un problème. >>

M3 : << Oui, j'imagine. >>

M4 : << Oui, mais pas pour voir davantage de patients en nombre par jour, mais plutôt voir de nouveaux patients. >>

M5 : << L'IPA permet de dégager du temps, donc d'améliorer la qualité du suivi des patients en prenant plus de temps pour ceux qui ne vont pas bien. Est ce que ça permet de prendre beaucoup plus de patients ? La qualité oui mais la quantité : à prendre avec des pincettes. >>

Un médecin note que le champ d'intervention de l'IPA est plus large que celui de l'infirmière ASALEE, ce qui se répercutera sur l'agenda du médecin et donc libèrera du temps médical pour le médecin.

M6 : << Là effectivement, si elle fait des consultations que je ne ferais plus, oui, obligatoirement ça va me libérer du temps médical. Pour faire quoi ? Pour voir des patients compliqués. Ça paraît plus évident avec l'IPA, car elles ne vont pas voir des patients que pour l'éducation thérapeutique comme le font les infirmières ASALEE. Ça va forcément libérer du temps médical. >>

M7 : << Oui je pense qu'on pourrait gagner du temps, à vrai dire on y a pensé avec mon collègue. Pour l'instant c'est en discussion, mais je pense qu'on va y arriver parce que ça a du sens. C'est fait dans plein de pays. >>

3.3. Les freins à la délégation de tâches aux IPA

3.3.1. Méconnaissances du champ de compétence des IPA

- Méconnaissances des compétences des IPA :

Un des freins à la délégation de tâche aux IPA est la méconnaissance de leurs compétences. Certains vont plus loin et argumentent défavorablement quant à l'amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre d'une collaboration avec une IPA. Il semblerait que ces positions relèvent d'une méconnaissance en ce qui concerne leurs missions.

M1 : << On connaît mal l'étendue des compétences des IPA, leur formation. Ça a été développé au départ en milieu hospitalier sur des protocoles très spécifiques et restreints. En médecine générale, en suivi des pathologies chroniques, on verra. Ça reste encore un petit peu plus flou. Je pense qu'il faut expérimenter, et des équipes motivées peuvent faire ça très bien. >>

M6 : << Déjà il faut savoir ce qu'elles peuvent faire. >>

M2 : << Sincèrement non, je ne vois pas. Mais je suis prête à me remettre en question. Les patients diabétiques, même s'ils sont stables, je n'en ai pas cinquante juste avec de la Metformine, gérer les prises poly-médicamenteuses, faut calculer tout ça. Déjà nous, médecins, nous ne sommes pas forcément bien formés en iatrogénie alors l'IPA ben pffff. On a l'impression qu'on a un métier facile sur certain point, mais tu vois une gastro, on palpe le ventre, grosse défense et c'est une appendicite. Ça c'est après avoir palpé des milliers de ventres, ça ne s'invente pas. Je suis dubitative. >>

M8 : << Faudrait déjà voir quelles missions on lui donne, si c'est côté prévention, oui, mais c'est comme l'infirmière ASALEE, si c'est pour un simple renouvellement, non, car finalement le simple renouvellement n'existe pas, on reverra quand même les patients chez nous. >>

- Responsabilités floues :

La question de la responsabilité est floue pour les médecins. Pour certains, pas question d'endosser la responsabilité de l'IPA car ils ont une méfiance quant à la capacité des IPA à mener à bien des missions propres au médecin général.

Pour d'autres, ils conviennent que la responsabilité est partagée, en soulignant cependant la nécessité d'avoir un protocole bien établi et des échanges réguliers.

M3 : << Non, j'imagine que c'est de la responsabilité de l'IPA qu'elle a à faire ce qu'il faut si elle est inquiète de ses actes. >>

M4 : << Je ne sais pas ce qu'il est décidé, mais j'espère que ma responsabilité n'est pas engagée, parce que j'ai déjà du mal à dormir avec ma responsabilité à moi chaque nuit, alors si je ne dois pas encore arriver à dormir à cause de celle de quelqu'un d'autre... Si ma responsabilité est engagée, je ne travaillerai pas avec une IPA. >>

M6 : << Si notre responsabilité était engagée en cas de soucis ce ne serait pas tout à fait normal. On peut toujours imaginer des protocoles, si on a un protocole qui est bien écrit et qu'une erreur vient d'un autre professionnel de santé c'est pas normal que ce soit la responsabilité du médecin qui soit engagée. Ca m'embêterait que ma responsabilité soit engagée pour quelque chose que je n'ai pas fait. Sauf si au départ on s'est basé sur un protocole foireux qu'on a écrit ensemble et qu'on se trompe, là je peux comprendre. >>

M7 : << C'est la grande question de la responsabilité, c'est pour ça que beaucoup sont réticents, tout dépend si on est dans le cadre d'une collaboration avec un protocole avec telle ou telle pathologie, qu'elle reste dans le protocole, oui ma responsabilité est engagée car c'est moi qui ai dit ok pour déléguer telle ou telle tâche. Maintenant si c'est hors protocole, que c'est une prise en charge totalement autonome et que je n'en ai jamais entendu parlé ou que je n'ai jamais eu aucun retour, ça ne me paraîtrait pas logique qu'elle soit engagée. La problématique c'est que je n'ai pas envie qu'on me tienne pour responsable de patients que je n'ai jamais vus où que je n'ai pas vus depuis un an. Si dans les textes de loi c'est le cas, comme ça avait l'air d'être le cas si elle signait des protocoles de coopération dans une CPTS... là effectivement je serais réticent. Mais si c'est discuté au sein même d'une maison de santé et qu'on est ok sur certains protocoles, oui je vais

certainement superviser plein de choses donc je serais responsable, et je serais ok pour être responsable. >>

M8 : << Lors de la présentation des IPA à la réunion de secteur, elle nous disait que c'était déjà sa responsabilité à elle, qu'elle n'était pas des cowboys, mais je ne sais pas. >>

3.3.2. Primo prescription et accès direct des IPA

Les avis sont partagés chez les médecins interrogés concernant la primo prescription de traitement par les IPA. Pour certains, s'il y a des protocoles, les IPA peuvent initier les prescriptions.

M1 : << Concernant la primo prescription, tant qu'on est dans le cadre d'un protocole qui a bien été défini, pourquoi pas. C'est pas compliqué de prescrire la Metformine si le patient est diabétique. >>

Plusieurs médecins interrogés sur les freins éventuels à la collaboration avec une IPA évoquent clairement leur réticence à déléguer la primo prescription et l'accès direct. Leurs réticences semblent provenir d'une impression de prise de responsabilité disproportionnée qui pourrait se répercuter directement sur les patients. Cela favoriserait des erreurs médicales et entraverait la bonne coordination des soins.

M2 : << Pour la primo prescription, on n'a quand même pas fait les mêmes études. Chacun son rôle. L'IPA qui a deux ans "d'étude médicale", qu'est ce que tu veux qu'elle fasse de la bonne médecine ? Nous derrière, on doit rattraper les bêtises de l'autre, on a déjà beaucoup de monde à voir, si on avait vu le patient : d'emblée ça aurait été réglé. >>

M1 : << Je suis fermement opposé à l'accès direct. Je pense que c'est dangereux pour elle et pour nous. >>

M6 : << Absolument pas en accès direct, l'accès direct va faire qu'il n'y aura plus d'échange. >>

3.3.3. Réticence à déléguer certaines missions de la médecine générale

Les médecins interrogés sont opposés à déléguer aux IPA la prise en charge des pathologies aiguës en soins primaires et les changements de thérapeutiques notamment.

M8 : << Pathologies aiguës, tout ce qui est changement de thérapeutique ou initiation de traitement, c'est forcément par nous, car c'est compliqué, même pour nous . >>

Pour certains médecins, il y a une réticence à déléguer certaines tâches car les missions du généraliste leur tiennent à cœur.

M3 : << De prime abord, non, parce qu'en fait j'ai fait de la médecine générale pour faire tout ça. >>

M6 : << Par exemple le renouvellement de traitement c'est mon corps de métier, déléguer ça à une infirmière ça m'embêterait. La médecine générale, le cœur du métier ça reste le suivi de patients du début à la fin avec leurs pathologies chroniques et faire la synthèse d'avoir cette prise en charge globale du patient et si on m'enlève ça ben y a plus lieu d'être médecin généraliste. >>

3.3.4. Réel gain de temps ?

Certains médecins interrogés ne voient pas le gain de temps si l'IPA réalise le suivi des patients stables, équilibrés, puisqu'ils ne consultent que rarement uniquement pour un renouvellement de traitement. Une médecin pense que cela engendre un surcoût pour la société car le médecin gère plusieurs motifs au sein de la même consultation.

Les patients stabilisés ont un renouvellement de traitement sur une plus longue durée donc le gain de temps reste modeste.

M1 : << Tout dépendra de la qualité de la coordination et d'échange d'informations. Si durant ma rencontre avec le patient je dois prendre de l'énergie, du temps pour réunir tout ce qui a été fait dans l'intervalle où on ne s'est pas vu, faire une synthèse de la situation du patient, là ça ne va pas être un gain de temps et au contraire ça va être une consultation plus longue et plus complexe. Si à l'inverse, il y a eu des coordinations régulières, retours d'informations sur son état, on pourra comme dans ASALEE, s'asseoir autour d'une table et regarder dans le dossier qu'est ce qui a été fait, là ça sera du gain de temps. >>

M2 : << Je ne pense pas qu'il y ait un gain de temps car je ne fais pas des suivis tous les mois comme certains médecins. Je les vois tous les trois mois, donc comme l'IPA, qui a des forfaits pour voir les patients tous les trois mois et pas davantage s'ils sont stables.

Chez un patient chronique stable, il n'y a rarement que le renouvellement d'ordonnance à effectuer, il y a d'autres motifs comme les grains de beauté, la toux, les céphalées. Si l'IPA voit le patient diabétique équilibré et qu'il faut que je les revoie derrière, c'est un surcoût pour la société. On fait plein de choses dans mes consultations où il y a plusieurs motifs.

J'aime bien voir les patients quand ils vont bien, mais c'est rare que les patients viennent uniquement pour un renouvellement de traitement. Je délègue au labo le dépistage de la micro albuminurie et le suivi biologique tous les trois mois chez le patient diabétique en faisant une prescription annuelle de la biologie. >>

M4 : << Je pense dans un premier temps, que pour les patients diabétiques stabilisés, une visite de contrôle tous les trois mois, ça peut se faire peut être chez l'IPA, mais ces patients là, on les voit déjà tous les six mois. Donc je ne sais pas si c'est un gain de temps. >>

M8 : << Le seul petit bémol c'est que je pense que ça ne va pas me faire gagner du temps, c'est très rare quand j'ai des consultations avec "juste" un renouvellement d'ordonnance . Les patients reviendront quand même pour tous les autres problèmes. >>

3.3.5. La crainte d'augmenter la charge de travail

La majorité des médecins interrogés ne craint pas une surcharge de travail en travaillant avec une IPA, mais cela peut varier selon les modes de fonctionnement des différentes infirmières.

Un médecin souligne l'importance de la valorisation financière de la coordination des soins lorsqu'on travaille avec une IPA.

M1 : << C'est le gros point noir. Dans ASALEE, le temps de coordination est reconnu, il est rémunéré, c'est du temps de travail et c'est aussi important que le travail qu'on fait seul : infirmières et médecins, chacun de notre côté. Aujourd'hui dans le système IPA, il n'y a pas de reconnaissance de ce temps là. La coordination, ce n'est pas envoyer des mails ou s'appeler, c'est vraiment s'asseoir autour d'une table avec une trame et définir la situation, les objectifs, les moyens mis en œuvre, etc. C'est un travail intellectuel et il doit être rémunéré. Il faut qu'il y ait une coordination car le but ce n'est pas de créer des officiers de santé comme au 19e siècle. >>

M2 : << Non pas forcément, si elle fait ses trucs de son côté, qu'elle connait ses limites et m'appelle quand elle a besoin, si elle me demande mon avis sur une éventuelle pneumopathie, je vais l'examiner. >>

M4 : << Non je ne pense pas. Pour que ça marche, je pense que l'IPA doit être dans le même local que nous, en libéral, je ne vois pas comment échanger, ça serait un frein d'échange. >>

M6 : << Oui, ça va me prendre du temps, oui oui, c'est certain, en fonction du nombre de patients qu'elle aura vu. >>

M7 : << C'est pareil c'est une question de confiance et c'est une question de personnalité aussi. J'ai travaillé cinq ans aux urgences : il y a des jours où tu bossais avec des infirmières, tout roulait car elles te faisaient tout, tu avais confiance et elles ne te transmettaient que les choses qui étaient hors clou, d'autres te demandaient toutes les trois secondes des trucs. Si tous les jours l'IPA vient me parler de tous mes patients c'est comme si j'avais une interne et ça ce n'est pas le but. Le but c'est que chacun fasse de son côté en fonction de ses prérogatives et après qu'on échange quand il y a des choses qui ne collent pas. >>

M8 : << Oui par rapport au protocole qu'il faut créer. Tout doit être protocolisé, le temps de faire un protocole , voilà, c'est assez compliqué de recréer des protocoles tout le temps. Il faut savoir qu'on a une ESP, on fait déjà des protocoles par rapport à ça avec d'autres infirmières. L'IPA nous expliquait qu'elle faisait des retours aux médecins très souvent, toutes les semaines : là oui c'est une charge de travail qu'on se rajoute. >>

3.3.6. Les locaux

M2 : << Il y a la question des locaux. on est peu nombreux à avoir des locaux disponibles pour accueillir une IPA. >>

M8 : << Nos bureaux sont tout le temps occupés, avec l'infirmière ASALEE, il faut aussi trouver une place à quelqu'un. Même si on lui fait de la place à elle, nous on ne consulte plus. Je trouve qu'on reporte juste un problème donc pas d'IPA en vue. >>

2.3.7. Redondances avec certaines missions d'ASALEE

Pour les médecins travaillant avec une infirmière ASALEE, certains médecins se posent la question des missions redondantes entre les IPA et infirmières ASALEE notamment concernant les missions de prévention.

M8 : << L'infirmière ASALEE fait déjà beaucoup de prévention, j'ai peur que ça se marche un peu dessus. >>

3.3.8. Crainte de la complexification des consultations et la question de la rémunération des généralistes

La plupart des médecins craignent une complexification de la consultation : polypathologies, vers une substitution de la pénurie de spécialistes ? Plusieurs médecins mettent en cause le tarif de la consultation, si les consultations sont plus longues et plus complexes.

M2 : << Oui clairement , les polypathologiques impossible à équilibrer au niveau des traitements, ça va être l'enfer. En plus l'IPA pourra faire du tiers payant intégral, en primo accès, donc ça sera libre accès, mieux payé pour elle. L'IPA n'aura pas intérêt de faire

revenir les patients en dehors des trois mois car elle ne sera pas payée comme elle a un forfait de cinquante euros pour une consultation. Et si le patient n'est pas stable, ça sera pour nous. C'est bien que les IPA soient bien payés mais on se demande pourquoi ne le sommes si mal. >>

M3 : << Je n'ai pas envie de déléguer tout ça, parce que sinon il ne va rester que des choses très complexes. Je crains qu'on nous demande de pallier la pénurie de spécialistes. On n'est pas des spécialistes quoi. >>

M4 : << Oui ça c'est sûr. Les consultations seront plus lourdes. >>

M6 : << J'ai une patientèle déjà assez âgée et j'ai déjà des consultations assez complexes, on a l'impression que c'est ça l'objectif, qu'on voit surtout des patients compliqués polypathologiques avec des difficultés médico-sociales. après est ce que c'est une mauvaise chose ? Je ne sais pas, mais alors qu'on soit revalorisé en terme de rémunération de la consultation, faut que ça aille dans les deux sens, si on est dans un métier majoritairement payé à l'acte, si on voit des patients de plus en plus compliqués avec des actes de plus en plus longs, si l'on veut continuer à vivre et attirer des jeunes, il faut que la consultation soit fortement augmentée. >>

M7 : << Là effectivement c'est une grande question parce qu'il faut savoir ce qu'on va leur demander de faire. Si on leur demande de faire toutes les rhinites , toutes les choses de bases qui nous prennent cinq minutes et que nous on se retrouve avec des dossiers à s'arracher les cheveux, que ça nous prend trente minutes à chaque fois , et qu'on reste à vingt-cinq euros, c'est compliqué. Faut pas se leurrer, nous on arrive à tenir notre chiffre d'affaires parce qu'on a des consultations à trente minutes, des consultations à dix minutes et au final, ajusté on est sur quinze minutes. Mais si on n'a plus que des patients dépressifs avec des consultations de trente minutes, des patients polypathologiques qui demandent énormément, à éplucher un dossier : là ça va être compliqué. Moi je n'ai pas l'impression

qu'elle m'apporterait énormément, à me faire toutes mes rhinites, j'aimerais bien qu'elle fasse les dossiers à creuser, des suivis, des renouvellements. Je n'ai pas forcément envie de faire tous les renouvellements tout le temps, je suis d'accord, que je voie mes patients tous les six mois et qu'elle fasse la consultation au milieu. >>

Deux médecins ne craignent pas une complexification de la consultation.

M8 : << Ça ne va pas changer grand chose, elles sont déjà très riches nos consultations.>>

M5 << Je ne pense pas que ce soit plus compliqué car ce sera la même chose, si le patient reste stable et s'il ne reste pas stable entre temps, dans tous les cas l'infirmière m'en parlera. et on réglera le problème. >>

3.3.9. Concurrence de l' IPA dans le travail ?

Trois médecins interrogés perçoivent l'IPA comme une mise en concurrence de leur travail et cinq médecins ne le perçoivent pas ainsi. La concurrence est perçue s'il y a un accès direct à l'IPA par les patients, avec des forfaits supérieurs à celui des médecins.

M1 : << Non, s'il y a un accès direct oui. >>

M2 : << Initialement oui, on fera le même métier, pas avec les mêmes formations, au bout d'un moment ça va coïncider. Après on va tellement être dans la panade les prochaines années que effectivement il faut trouver des solutions. Une des solutions serait qu'elles soient sous notre supervision. >>

M3 : << Euh non, je le perçois pas comme ça. Je pense qu'il faut travailler en équipe. Mais disons que j'ai envie de garder ce lien avec les patients de prévention. >>

M4 : << Non pas du tout. >>

M5 : << Non pas de concurrence, c'est un travail complémentaire. >>

M6 : << Bah oui, c'est deux professionnels de santé qui font la même chose. C'est un sujet brûlant, on a l'impression qu'elles peuvent faire la même chose que nous, mais comment vont-elles le faire ? Difficile de répondre à cette question sans savoir ce qu'elles peuvent faire exactement. je n'aimerais pas que mes patients chroniques soient majoritairement suivis par une IPA, je ne les verrais plus, après je ne saurais plus à quoi je servais. >>

M7 : << Je le percevrai si elles avaient l'autorisation de faire tout ce qu'on fait sans qu'il n'y ait de coopération avec nous. Et encore il y a des patients pour tout le monde, ce n'est pas la problématique. Une vraie concurrence non, car il y a tellement de patients qui sont en difficulté de médecin . En théorie, si l'on fait entrer l'IPA dans la médecine générale, ça sera pour qu'elle "bosse" dans les MSP, qu'on arrive à voir de manière globale plus de patients et qu'on "bosse" tous ensemble, ça me paraît logique. Une vraie concurrence : non. >>

M8 : << On ne peut pas parler de concurrence, on a déjà assez de boulot. >>

3.4. Expérience de deux médecins généralistes travaillant avec une IPA

3.4.1. Motivations pour travailler avec une IPA

Parmi les motivations des deux médecins travaillant avec une IPA et collaborer avec elle, on retrouve une volonté d'améliorer la prise en charge des patients et une libération du temps de travail.

M5 : << Mon collègue qui est au département de médecine générale, nous en a parlé. Ça nous a plu d'aller plus loin qu'avec une infirmière ASALEE avec ETP, toujours dans la même logique, plus on est pour s'occuper des patients, mieux c'est fait. Il y a beaucoup de choses qu'on n'a pas le temps de faire bien. Si on a du temps supplémentaire, on peut le dégager pour d'autres personnes, ça permet de faire un suivi renforcé sur certaines d'entre elles. >>

M7 : << Je travaille avec un IPA. Il est salarié de l'EHPAD, il propose aux médecins traitants des patients de l'EHPAD de travailler avec lui. Il avait comme objectif de prendre en charge au jour le jour les patients des généralistes et de régler les problématiques puis de nous faire des retours réguliers. Quand il y a des choses qui dépassent son champ de compétences, on fait des ajustements ou je me déplace. >>

3.4.2. Types de patients adressés à l' IPA

M5 : << Pour le moment, les domaines de compétences sont très ciblés : pathologies chroniques stabilisées. L'IPA avec qui on travaille, fait tout ce qui est EHPAD, souvent les patients en EHPAD rentrent dans les critères, ainsi que les patients à domicile et certains au cabinet. >>

3.4.3. Echanges avec L'IPA

M5 : << A l'heure actuelle c'est un travail en parallèle, ce qui fait que voilà, on a fixé un créneau de réunion avec elle, hebdomadaire, durant trente minutes, où l'on fait le point semaine par semaine sur les patients qu'elle a vus. >>

M7 : << Nous on a mis en place un mode de fonctionnement où il voit mes patients au jour le jour et on fait une visio tous les semaines ou dix jours où l'on voit les problématiques, on ajuste, et je me déplace une fois tous les trois mois, sauf urgences. >>

3.4.4. Avantages à travailler avec l'IPA par rapport à ASALEE

3.4.4.1 Libération du temps médical

Pour les deux médecins, la collaboration avec une IPA a pu libérer du temps médical en espaçant les consultations de suivi à domicile et en EHPAD.

M5 : << Ça permet d'aller plus loin que l'ETP, d'aller vers du suivi médical, de la prescription d'examen de routine, un cran au dessus, ça permet de réduire le nombre de consultation quand tout va bien. >>

M7 : << Nickel, c'est top, ça permet de réduire mes déplacements, avant j'étais tout le temps à l'EHPAD. Ça m'a permis de prendre plus de patients en EHPAD. On a mis en place un protocole de coopération. >>

3.4.4.2. Améliorer la prise en charge des patients

Un médecin explique que pour lui le fait de travailler avec l'IPA améliore la prise en charge des patients dans le sens où il est plus réactif. L'IPA apporte également un deuxième regard.

M7 : << Avant quand un patient avait une douleur, l'infirmière m'appelait et me demandait si elle pouvait lui donner ça, je lui disais oui, elle m'appelle deux jours après ça ne va pas mieux, ah ben écoutez je vais passer dans 48h parce que je n'ai pas forcément des visites le jour même. Donc parfois, des patients traînaient des douleurs quatre jours. Pareil pour des bilans biologiques qui sont mauvais, j'ai pas de visites le jour même, je reviens dans deux ou trois jours. Bref, tout était tiré en longueur.

Concernant le suivi chronique du patient, je me rendais compte que je n'avais pas prescrit de bilan biologique depuis un an à un patient, il faut que je le fasse, parce que c'est la

problématique des EHPAD, ils ont leurs dossiers, on a les nôtres, donc il y a des informations qui se perdent. Maintenant c'est un régal, c'est carré, l'IPA gère le suivi chronique, toutes les biologies. Par exemple quand il y a une biologie qui sort et qui est anormale, je la vois tout de suite, et je lui envoie un mail, ça a tout changé en EHPAD, c'est pour ça que j'ai pris des patients en plus car je sais qu'avec lui ils sont mieux gérés. >>

3.4.4.3. Pas de frais supplémentaires

Dans le cadre de l'association ASALEE, l'infirmière ASALEE qui a suivi une formation d'IPA est salariée de cette association. Par conséquent, le médecin ne gère pas le salariat de l'infirmière. De plus, les temps d'échanges sont rémunérés.

M5 : << Ce temps d'échanges est rémunéré au niveau d'ASALEE mais ne me demandez pas combien . En l'état, pas de frais actuels, pas de frais supplémentaires. Bon j'ai bloqué deux créneaux de rendez-vous par semaine mais c'est minime. La seule chose est que si on prend plusieurs IPA, ou AM, on n'a plus de bureau, pour l'instant elle travaille dans une salle de réunion. A terme ce qui peut engendrer des frais c'est d'avoir plus de locaux. >>

3.4.5. Difficultés rencontrées avec l'IPA

M5 : << Pour l'instant même si ça ne fait pas longtemps, je n'ai pas eu de problème particulier. >>

3.4.6. Nécessité d'échanger régulièrement

M7 : << Il faut qu'on travaille en collaboration car l'objectif ce n'est pas qu'il ait des consultations en parallèle et qu'il n'y ait aucune interaction sinon on va se marcher dessus. Il va y avoir une mauvaise prise en charge. Il faut comme avec les infirmières ASALEE, des

retours. Peut être pas des temps d'échanges toutes les semaines mais quand il y a des problématiques, on en discute rapidement, quand il y a des patients plus lourds, qu'on fasse des points. Sinon ce n'est plus cohérent, ce n'est plus mes patients. Le champ d'action des IPA est très large, ils peuvent quasiment tout faire. Moi je me verrai mal voir un patient que je n'ai pas vu depuis un an où il y a dix mille trucs qui ont été fait. C'est comme si je reprenais un nouveau dossier. Il faut qu'il y ait le même dossier, qu'il y ait des choses qui soient validées pour que ça soit pris en charge de manière autonome par l'IPA. D'autres pas forcément. Que chacun connaisse ses limites. L'IPA, il est très carré, à chaque fois qu'il sentait que ça lui échappait, j'avais un message et il y a un retour rapide. Il y a des choses qu'il sait, qu'il maîtrise un peu moins donc il a besoin que je lui apporte un coup de main. A partir du moment où tu sens dans les premiers mois que dès qu'il est à la limite, il revient vers toi, la confiance s'installe, et ce n'est pas en deux jours que l'on a confiance et que l'on peut tout déléguer. Il faut avoir un bon feeling . >>

3.4.7. Peu d'augmentation de la charge de travail

M5 : << Non, par rapport à tout le reste de l'activité, ça reste dérisoire. >>

3.4.8. Responsabilité

Un médecin travaillant avec une infirmière ASALEE formée en pratiques avancées explique que l'infirmière a sa propre responsabilité et se veut rassurant.

M5 : << L'IPA a sa propre responsabilité, au niveau des assurances, en plus elle est ASALEE donc c'est son employeur. C'est sa responsabilité à elle et celle de son employeur qui sont engagées mais pas la mienne. Entre le côté administratif pur qui n'est pas de ma responsabilité en tant que tel et surtout le suivi que je fais en parallèle de tout ça, je ne suis pas très inquiet. >>

3.4.9. Projets avec l' IPA

M5 : << L'objectif c'est qu'à terme, on arrive à instaurer avec les patients qui le souhaitent, un suivi conjoint avec l'IPA pour les pathologies chroniques. Par exemple, pour un hypertendu qui va bien, pas d'autres comorbidités, qu'on ait besoin de le voir une fois dans l'année et que l'IPA puisse s'en charger. Pour le moment c'est un petit nombre de patients et c'est plus du domicile mais à terme ça serait d'arriver à réduire la fréquence de la consultation avec le médecin. Pour le moment, on privilégie le domicile puisque c'est ce qui prend le plus de temps, on ressent plus le besoin. La suite, ça serait d'arriver à réduire certaines consultations où au final on dit juste bonjour, prendre la tension, regarder le bilan biologique, s'assurer que les suivis ont été fait, au final nos connaissances médicales ne sont pas vraiment indispensables pour certaines consultations . >>

3.5 Prérequis pour déléguer à une IPA

3.5.1. Le médecin généraliste au centre du système de soin

Un médecin souligne l'importance de la place centrale du généraliste dans le système de soins, en particulier en travaillant avec une IPA, pour préserver une bonne coordination des soins.

M1 : << C'est une réalité, on n'est plus assez de médecins, il va falloir déléguer certaines choses et très honnêtement, il n'y a pas besoin de faire dix ans d'études pour suivre un patient stable. Par contre, il faut définir les drapeaux rouges qui vont permettre ensuite, dès qu'on sort des clous, de réorienter. Le médecin doit continuer à avoir cette vision globale pour éviter les examens complémentaires redondants, éviter les interactions médicamenteuses. Je n'ai pas l'impression qu'on y perdra, comme médecins généralistes, bien au contraire. On pourra mettre en valeur la valeur ajoutée de notre métier, nos

compétences transverses, pluridisciplinaires dans le sens où l'on a un champ de compétences beaucoup plus large. Je pense qu'il faut que le médecin traitant reste au centre du système de soins de façon à ce que lors qu'il y a une dégradation de l'état de santé du patient ou la nécessité d'un avis complémentaire ou d'une hospitalisation, je pense que ça doit rester du ressort du médecin généraliste. >>

3.5.2. Réaliser des protocoles

Selon deux médecins, la délégation de tâches peut être réalisée à condition de travailler sur des protocoles précis afin de sécuriser les soins.

M1 : << C'est la structure du suivi, son interfaçage avec le travail de synthèse qui incombe au médecin traitant qui est important. Je pense qu'on doit dépenser plus d'énergie à bien définir comment on bosse ensemble que sur quoi. Quelque soit la pathologie, du moment où on est formé, on le voit dans les réseaux diabète, des infirmières qui sont plus compétentes que moi pour adapter l'insulinothérapie, si l'on fait de l'insulinothérapie fonctionnel, parce qu'elles ne font que ça, elles ont été bien formées sur un protocole. >>

M7 : << Je n'ai pas forcément de problématique à déléguer des tâches, il n'y a rien qui me vient là parce que finalement si c'est discuté et protocolisé, elles peuvent quasiment tout faire. Il faut vraiment que ça soit discuté, cadré. A partir du moment où c'est discuté, cadré, moi ça ne me dérange pas, il faut qu'elle me fasse un retour quand elle sent qu'elle est à la limite de ce qu'elle peut faire. Bien évidemment, elles ne vont pas prendre en charge un patient qui a des douleurs thoraciques, les urgences, pour le reste finalement, on peut être ouvert à tout. >>

3.5.3. Travail en équipe

Plusieurs médecins soulignent l'importance de travailler en collaboration avec l'IPA en faisant des échanges réguliers. Le fait que l'IPA soit dans le même cabinet facilite les échanges, notamment dans le dossier médical.

M1 : << Moi la délégation de tâche ne me fait absolument pas peur à condition qu'elle se fasse dans un esprit d'équipe et que l'aspect coordination autour du médecin traitant reste un pied bot, pas parce que je pense que le médecin est plus intelligent qu'une infirmière mais parce qu'on a des formations et des degrés de responsabilité d'intervention dans le parcours de soins qui sont différents . >>

M1 : << Ce qui est pertinent et qui apporte une valeur ajoutée à travailler avec une infirmière ASALEE c'est ce travail commun dans le dossier du patient avec un échange continu des informations. Rien n'empêche de le faire avec des IPA mais ça va devenir un peu plus technique, plus complexe étant donné que l'IPA ne sera pas dans le même cabinet voir travaillera sur plusieurs patientèles. Je pense actuellement que les outils techniques actuels nous permettent de faire des échanges d'informations. Il faut juste que cela soit inscrit dans le contrat. >>

M6 : << Bah après les IPA pourquoi pas, dans le cadre d'une collaboration, avec des échanges réguliers, pour savoir ce qui est fait pour éviter que la prise en charge soit anarchique ou redondante. >>

3.5.4. Confiance envers l'IPA

M1 : << Il faut aussi que les professionnels se connaissent. On arrive facilement à déléguer quand on a confiance, quand on connaît la personne, et comment il bosse, quand on connaît ses points forts, ses zones plus fragiles. >>

4. AM

4.1. Connaissance des AM

L'ensemble des médecins connaissent les AM.

M4 : << Oui, je suis allé jusqu'à la sécurité sociale pour me renseigner sur quoi j'avais le droit. >>

M5 : << Oui, ça fait plusieurs années qu'on regarde, on s'était posé la question si un des secrétaire pouvait faire une formation, si ça pouvait les intéresser. >>

M6 : << Oui, un peu. >>

4.2. Motivations pour déléguer à l'AM

4.2.1. Déléguer les tâches administratives

Les médecins interrogés sont dans l'ensemble favorables à la délégation des tâches administratives, mais cela s'apparente à un travail de secrétariat, ce que certains médecins ont déjà.

M2 : << L'AM dans ma pratique de tous les jours, pour les adultes, à part pour m'aider à m'organiser, à passer des coups de fils, avancer des rendez-vous, c'est plus un travail de secrétaire. >>

M5 : << Oui car on voit que dans une consultation de dix minutes, arriver à tenir à jour le dossier, s'assurer que les antécédents soient bien, lire et écrire correctement les courriers, le temps passe trop vite, donc le fait d'avoir un AM, ça ne peut être que positif. >>

4.2.2. Déléguer l'accueil du patient, l'aide dans le déroulement de la consultation

Seuls deux médecins sont favorables pour bénéficier d'une aide dans le déroulement de la consultation, notamment pour le suivi du nourrisson en déléguant la première partie de la consultation avec le déshabillage de l'enfant et la prise des mesures.

M1 : << Oui c'est quelque chose qui m'intéresserait pour de l'administratif, de l'organisationnel, pour la gestion des stocks, par exemple concentrer les consultations pédiatriques, de suivi du nourrisson le mercredi et déléguer à l'AM l'installation de l'enfant, les mesures, dégrossir l'interrogatoire, ça me donne assez envie. >>

M2 : << J'ai plus besoin d'une aide pour la préparation des consultations de pédiatrie : déshabiller les bébés, mettre le poids, taille et périmètre crânien sur la courbe, pour avoir plus de temps pour les questions des parents. L'AM, en pédiatrie est vraiment très intéressante. >>

4.2.3. Déléguer certains actes techniques

Les médecins interrogés trouvent un intérêt à déléguer les actes techniques pour gagner du temps tels les ECG et spirométrie.

M2 : << Un AM pourrait m'aider pour faire un ECG ou qu'il puisse surveiller un patient en salle d'attente et appeler l'ambulance. Il pourrait déshabiller les gens ou préparer la consultation. >>

M7 : << Il y a plein de petits actes qu'on n'arrive pas à faire : type spirométrie ou ECG, on n'a pas le temps et il faudrait en faire de manière régulière. >>

4.2.4. Libération du temps médical

Pour la majorité des médecins interrogés, l'AM pourrait libérer du temps médical.

M1 : << Oui, à condition de ne pas avoir à supporter une lourdeur au niveau gestion salarié, pour cela il existe des solutions l'aide syndicale à monter un " groupement d'employeurs qui permet en renversant ce que l'assurance maladie verse, une aide à l'emploi d'un assistant médical, de déléguer tout un tas de gestion de personnel. Ça m'intéresserait pas mal. >>

M2 : << Oui surtout pour la pédiatrie. >>

M4 : << Oui, ça permettrait d'en voir plus. >>

M5 : << Je ne sais pas si ça dégage du temps supplémentaire mais ça permet au médecin de prendre plus de patients ou ça permet de prendre plus de temps avec le patient. >>

M6 : << Oui, on pourrait raccourcir la durée des consultations bien sûr. >>

M7 : << Ça dépend ce que tu confies comme tâches, si tu ne confies que la première partie administrative, je ne suis pas sûre qu'on récupère beaucoup de temps, mais pourquoi pas. >>

4.2.5. Amélioration de la prise en charge des patients ?

Les avis sont mitigés concernant la question de l'amélioration de la prise en charge des patients en travaillant avec un AM.

Pour certains cela permet d'approfondir. Être plusieurs à travailler ensemble améliore la prise en charge. Pour d'autres, l'intérêt de l'AM est plus un gain de temps donc permet de voir plus de patients, mais sans améliorer la prise en charge. Un médecin pense qu'au contraire, le fait de travailler avec un AM diminuerait la qualité de la prise en charge car il y aurait moins une vision d'ensemble.

M1 : << Permet d'approfondir des prises en charge qu'on ne prend pas le temps de faire en consultation. >>

M2 : << Ça serait plus un confort pour moi et je verrais plus de monde. Je ne vois pas la plus value médicale de prendre le périmètre crânien, cet acte là n'est pas médical. >>

M3 : << Oui ben comme l'IPA, je pense que oui. Oui dans le sens où on est deux à regarder que tout est bien. Une personne supplémentaire oui, quand on est là pour convaincre aussi, pour discuter. >>

M4 : << Un petit peu, on a des jours sans, en fin de journée. Une deuxième personne peut être plus vigilante pour certaines choses et vice versa. Et puis comme ils auront plus de temps pour déballer certaines choses, peut être que plus de choses sortiront. >>

M5 : << Ça peut améliorer la qualité du suivi car plus de temps. >>

M6 : << Non, alors peut être que c'est un problème de confiance. J'aurais peur de ne plus voir le patient en entier. J'aurais tendance à dire que ça diminuerait la qualité des soins en perdant la vision d'ensemble. >>

M7 : << L'AM optimise plutôt la prise en charge du patient, mais je ne pense pas qu'avec l'AM qui fait deux minutes au début de la consultation, on puisse rajouter énormément de patients derrière. Ça permet de parler plus avec le patient. Peut-être qu'on pourrait passer à cinq patients par heure ? Je ne sais pas. >>

A noter, le fait de s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné n'est pas un frein pour les médecins car cinq des huit médecins interrogés font déjà partie d'une équipe de soins primaire, MSP ou CTPS. Un médecin a le projet de faire une MSP. Seul un médecin émet des réserves sur les CTPS, en argumentant sur le fait qu'elle craint de perdre son indépendance en y adhérant.

M1 : << Déjà via la Maison de santé, il y a plein de CPTS différents, certaines intéressantes, d'autres non. Le problème avec les CPTS, c'est qu'ils vont nous faire passer beaucoup de choses là-dessus, des gardes, l'accès au soins, et on perd notre indépendance. >>

M3 : << Alors la CPTS, pourquoi pas, après les maisons de santé, tout ça, c'est un petit peu plus contraignant, il y a des contraintes horaires, des choses comme ça. Donc ça, ça ne m'intéresse pas. Et quel versant CPTS ? S'il faut aller le faire, je le ferai. Quel que soit le

versant, ça reste de l'exercice coordonné. Ça peut être très intéressant de rencontrer des confrères du territoire et de discuter et de voir comment améliorer les choses pour la prise en charge des patients. Ça, ça peut être intéressant, oui. >>

M4 : << Je suis engagé dans la CPTS. >>

M6 : << On est déjà dans une Équipe de Soins Primaires (ESP). >>

M7 : << Pour l'instant on ne l'a pas encore fait mais on a le projet de faire une MSP. >>

4.3. Freins à la délégation de tâches aux AM

4.3.1 La méconnaissance des missions exactes de l'AM

M7 : << Je t'avoue que je ne connais pas leurs vrais champs de compétences. À part la réalisation de la première partie de la consultation et la réalisation d'actes bien définis, je ne vois pas ce qu'il pourrait faire d'autre. >>

4.3.2. Confiance envers l' AM

M3 : << Toutes ces choses là peuvent être déléguées, en étant sûrs que les AM ont été formés correctement. Parce qu'il y a parfois des médecins qui ne sont pas au courant qu'un patient diabétique, doit être vacciné contre le pneumocoque. La question que je me pose c'est, est ce qu'il faut quand même passer derrière pour vérifier effectivement ? >>

4.3.3. Redondance dans le travail réalisé par une secrétaire

Certains médecins délèguent déjà les tâches administratives aux secrétaires.

M2 : << On a déjà un secrétaire dans la maison de santé qui décharge des tâches administratives. >>

M3 : << Les deux secrétaires font déjà pas mal de choses pour les tâches administratives, de l'accueil, la prise de rendez-vous, la gestion du courrier ou de mailing. >>

M6 : << Pourquoi pas mais pas le besoin, on a déjà une secrétaire.... je ne vois pas l'intérêt de prendre un AM juste pour faire un travail de secrétariat. Je pense que ça va être un petit peu chiant pour l' AM si on lui délègue seulement des tâches administratives. >>

4.3.4. Volonté de ne pas déléguer certaines missions du généraliste

Parmi les tâches que les médecins généralistes interrogés ne souhaitent pas déléguer à l'AM qui sont pourtant dans leur champ de compétence, on retrouve la gestion des dépistages et de la vaccination, ainsi que la coordination. En effet, ces missions font partie du rôle propre du généraliste.

M3 : << Oui, je n'aimerais pas déléguer les vaccinations des enfants ou des adultes. Et les examens. Tous ces examens de prévention : moi je trouve ça intéressant de le faire. Ça fait partie de la relation avec le patient et c'est ce pour quoi on a été formé je trouve, c'est de dépister et de prévenir. Et quand ça ne va pas, d'adresser à un collègue, à un confrère spécialiste. >>

M4 : << Non, peut-être la vaccination ? >>

4.3.5. Modification de la relation médecin-patient

Certains médecins pensent que l'AM peut altérer la relation entre le médecin et le patient.

M6 : << J'aime bien faire tout ça. l'habillage et déshabillage, aime bien regarder les gens comment ils s'habillent, par exemple les personnes âgées, ça va me faire penser à autre chose sur les aides à la maison, je trouve qu'une consultation c'est pas juste venir alors que le patient est déjà dénudé et puis tchao. C'est du début à la fin, on voit plein de trucs, comment il se déplace, tout le langage non verbal, J'aurais peur de perdre tout ça avec un AM qui le ferait, alors peut être que si on forme l' AM à tout ça et qu'il le note dans le dossier mais ça serait compliqué de changer cette pratique là. >>

M7 : << L'AM je ne le verrai que dans un contexte de double bureau . Je ne me vois pas en consultation avec un AM. Je sais qu'il y a des spécialistes qui ont des AM pendant leurs consultations pour leur taper des trucs. Pour nous, ça biaise complètement la relation avec le patient je pense. Autant avec un interne ou externe que tu présentes comme médecin, là avec un AM, c'est un peu compliqué. L'infirmière fait déjà la prise des constantes au CSNP, après il y a des personnes âgées, si moi je ne leur prends pas la tension, ils ne seront pas contents, mais je peux la reprendre une deuxième fois...>>

Chaque temps de la consultation à son importance, notamment lors des temps où le patient se déshabille ou lorsqu'on prend la tension, ces moments sans discussion permettent la réflexion du médecin.

M8 : << Je ne suis pas prête non plus, le temps où on prend la tension c'est du temps où l'on réfléchit, on n'est pas des machines, rentrer dans un bureau où le patient est déjà déshabillé, recommencer l'interrogatoire alors que la personne est déshabillée, le patient serait mal à l'aise. Le déshabillage fait partie de l'examen clinique et est super important,

que le patient se sente bien, qu'il nous parle puis se déshabille après. C'est du temps qui nous permet de réfléchir car tout n'est pas simple. Arriver, le patient déshabillé, faire l'interrogatoire, l'examen, on prescrit ça, et au revoir monsieur, et quelqu'un d'autre vous rhabille, non. Je trouve qu'on perd tout le sens de notre métier qui est la communication avec le patient et l'éthique. Clairement, moi je trouve qu'il n'y en a plus si l'on fait ça. >>

M8 : << Les AM, ça fait usine, ça c'est sûr qu'on l'aura. On le voit déjà chez les chirurgiens orthopédiques qui font déjà ça, chez les praticiens qui font ostéopathes qui ont plusieurs salles de consultation et qui font pareil, chez des kinésithérapeutes qui ont plusieurs salles. Le côté où je viens faire juste l'acte, ça fait usine, c'est sûr que ce n'est plus du tout le même lien avec le patient. >>

4.3.6. Peu de libération de temps médical ?

Pour deux médecins interrogés, il n'y a pas forcément la place pour un AM dans la consultation de médecine générale. Un médecin souligne l'importance de l'organisation en premier lieu pour gagner du temps en consultation.

M8 : << Si c'est pour avoir quelqu'un qui écrit ce qu'on lui dicte, il n'y a aucun intérêt. Quand j'écris dans le dossier médical en consultation je continue à parler au patient, même pour la création de nouveau dossier, on va quand même prendre deux minutes à lire les antécédents du patient, alors le temps qu'on recueille les antécédents, on les a lus. >>

M2 : << Je n'ai pas besoin de déléguer la prise de la tension car ça ne me prend pas beaucoup de temps, j'effectue une auscultation cardiopulmonaire pendant ce temps. Concernant les tâches administratives, j'ai du matériel pensé pour que ça ne me prenne pas trop de temps : le scanner ça va vite, le tensiomètre ça va assez vite, le lecteur de carte bancaire, ça va vite. Pour répondre au téléphone à la limite. Les documents scanner, les bio

de toute façon, il faut les lire, ça ne va pas changer grand chose. Pour les dépistages, mon logiciel est bien fait, je le vois tout de suite, je vois la date et le prochain qu'il faut faire. >>

4.3.7. Les locaux

Pour la majorité des médecins interrogés, les locaux sont un frein à l'accueil d'un AM.

M1 : << Je ne me suis pas encore lancé, plus pour un problème de locaux. >>

M2 : << Un des freins c'est avoir les locaux. Quand mon bureau fait quatorze mètres carrés, on ne peut pas être à deux dedans, il faudrait un autre local. >>

M3 : << Moi je n'ai pas fait de démarches pour les assistants médicaux parce qu'il faut déjà avoir un local assez grand. >>

M5 : << Mais on arrive toujours à la même problématique, c'est que l'AM travaille en parallèle du médecin. Pour les consultations libres du matin, il faudrait deux bureaux, on en a trois dans la maison de santé et mes collègues ont aussi des rendez-vous ce qui fait que techniquement ça ne serait pas possible en l'état. >>

M6 : << Le gros frein c'est la structure du cabinet, il faut un bureau pour accueillir l'AM, chez nous ce n'est pas possible. On a quatre bureaux qu'on partage avec l'infirmière ASALEE. Sur le plan technique et matériel ce n'est pas possible. >>

M7 : << Ça serait l'option la plus probable en MSP, on n'a pas les locaux sinon j'en aurais déjà pris une. D'ici là le modèle des IPA sera plus affiné et ça sera plus intéressant, je ne sais pas. >>

4.3.8. Crainte d'augmenter la charge de travail

Pour certains médecins, l'engagement d'augmenter sa file active et le nombre de patients déclarés "médecin traitant" est un frein à l'embauche d'un AM par crainte d'une augmentation de la charge de travail. Pour d'autres, il est possible d'augmenter sa file active.

M2 : << Je considère que ma file active est déjà assez conséquente, et je n'ai pas envie de m'allonger les semaines, forcément ça me fait peur. >>

M5 : << Oui mais le souci si je prends plus de patients, c'est que le jour où tous vont décompenser en hiver, c'est quand même bibi qui devra y aller. C'est ça qui m'inquiète, prendre un AM pour prendre plus de patients alors que pour l'instant c'est la même façon. Quand j'ai un étudiant avec moi, je n'ai pas l'impression de me tourner les pouces, c'est simplement que les consultations vont s'allonger un peu car je vais discuter plus de certaines choses, parler plus de dépistage, alors que peut être en temps normal je ne l'aurais pas fait, si j'avais été tout seul. >>

M6 : << Je ne pense pas que je vais augmenter ma patientèle médecin traitant dans les prochaines années. >>

M8 : << C'est dans le contrat, donc on n'a pas trop le choix, raison pour laquelle on n'est pas trop motivé. Je ne suis pas sûre de pouvoir absorber plus. >>

En revanche pour trois médecins, l'augmentation de la file active n'est pas un frein à l'embauche d'un AM.

M3 : << Euh oui, éventuellement. >>

M4 : << Oui, je suis en cours de le faire. >>

M7 : << Oui, ça c'est possible. >>

4.3.9. Le salariat

Le salariat est un frein pour les médecins généralistes pour travailler avec un AM.

M1 : << En tant qu'employeur-médecin on n'est jamais à l'aise, à l'idée d'employer sur un statut précaire, on souhaiterait plus faire des CDI. Mais aujourd'hui employer un AM d'emblée en CDI semble compliqué. Assumer cette précarité à titre personnel de la personne qu'on emploie ça serait plus difficile. >>

M2 : << Dans la mesure où l'AM je trouve que c'est un confort pour moi et que ça n'améliore pas la prise en charge du patient, je ne vois pas pourquoi j'investirais la dedans. Je n'ai pas un suivi pédiatrique immense. S'ils veulent qu'on voie plus de monde, ils devraient augmenter la rémunération des AM, ou faire comme ASALEE qu'on n'ait pas besoin de les salarier, la subordination c'est pénible. Le confort vaut cher s'il faut sortir 4 000 euros par mois pour un AM. J'étais prête à embaucher une secrétaire que je connaissais qui avait fait la formation d' AM, mais c'est trop cher. A moins d'être une grosse structure, par exemple plusieurs cardiologues. Sinon ce n'est pas rentable si on est tout seul. Si ça ne se passe pas bien avec AM (mesure pas bien, pas sympa avec les gens) comment fais-tu ? >>

M3 : << Ça nécessiterait de déménager, d'embaucher quelqu'un. J'ai une vie de famille, je n'ai pas forcément envie de faire de la paperasse, de faire passer des contrats. Il y a une logistique un petit peu derrière tout ça. C'est pas si simple que ça. C'est pas juste en mettant des aides, en fait, il faudrait que la personne soit rémunérée directement par l'Etat ou par la CPAM. Et là, ça simplifierait déjà un petit peu les choses quoi. >>

M4 : << J'aimerais bien travailler avec un AM depuis plusieurs années, mais le salariat est un frein car si ça ne te plaît pas tu ne peux pas faire ce que tu veux, arrêter comme tu veux.>>

4.3.10. Les aides financières proposées par l'Etat

Certains médecins interrogés craignent que les aides ne soient pas pérennes.

M2 : << Non, au bout de trois ans c'est fini, jusqu'au jour où tu ne remplis plus les critères et elle n'est plus renouvelable, et ta patientèle a augmenté, tu es pieds et poings liés avec la sécurité sociale. Après, si on me fournit un AM tout frais payé, ça change les choses. Je prendrais plus de pédiatrie car l'AM pourrait déshabiller, mesurer avant que j'arrive. >>

M3 : << Non parce que c'est à moi de faire la démarche, d'aller chercher les sous. Et puis on peut dire du jour au lendemain "ah ben on supprime les aides", voilà. Non, enfin clairement, ce n'est pas du tout un levier. Et c'est un engagement, faut salarier. On a déjà deux secrétaires, deux femmes de ménage. On n'a pas été formé à gérer une petite entreprise quand on est plusieurs médecins. J'ai pas envie de rajouter une charge, une contrainte supplémentaire de ce côté là. >>

M4 : << Ce qui me fait peur c'est que l'aide financière m'engageait à voir sensiblement plus de personnes, mais c'est tout à fait possible. Si l'aide financière est plus importante ça sera jouable. >>>

M6 : << Je ne sais pas, j'imagine que ça ne doit pas couvrir tout, après on doit aller plus vite aussi je pense, ça peut être une aide, ça ne peut que favoriser l'aide à l'embauche, mais ça

ne suffit pas, c'est pas parce que l'on va me donner 12 000 euros que je vais embaucher quelqu'un. >>

M7 : << Oui mais il faut que les aides soient pérennes, c'est trop compliqué de s'appuyer sur une éventuelle augmentation de file active pour compenser, car si on nous dit 12 000 euros d'aide/an, tu adaptes ton chiffre d'affaires pour pouvoir compenser. Si ça diminue, ça commence à être compliqué. >>

M8 : << Avant de voir l'aspect financier, c'est pas ça qui va me motiver à prendre une autre personne, faut voir l'intérêt et en ressentir le besoin. Tant mieux s'il y a des aides financières pour ceux qui veulent des AM. Après, prendre des AM pour l'argent, je pense qu'il faut arrêter de faire ce métier. >>

5. ASALEE, IPA et AM, qui répond le mieux aux besoins des médecins ?

Les médecins interrogés pensent que l'infirmière ASALEE est la profession la plus adaptée pour les aider dans leur pratique. Pour la moitié des médecins interrogés, l'AM peut être une aide dans leurs pratiques, mais principalement pour le travail administratif.

Seul un médecin pense que l'IPA serait la profession la plus adaptée pour l'aider.

M1 : << Ayant déjà une infirmière ASALEE, ça serait plutôt un AM, pour la gestion administrative, pratico-pratique d'organisation du cabinet. Je ne ressens pas à ce stade de valeur ajoutée à une IPA. Je pense qu'une IPA serait plutôt une reconnaissance de la profession infirmière, du travail qu'elles font. >>

M2 : << L'infirmière ASALEE m'aide déjà énormément, l'étape d'après serait l'AM pour le confort que cela m'apporterait dans la prise en charge des patients, pour installer, pour la pédiatrie. L'IPA je ne vois pas, à moins que l'IPA ait les fonctions ASALEE mais c'est pas IPA. Je suis vraiment attachée à notre unicité dans notre prescription, je pense que ça peut se déléguer (substitut nicotiques). J'aime contrôler la prescription, selon mon critère et ma formation. >>

M3 : << Ma réponse va être un petit peu tronquée dans la mesure où on a une infirmière ASALEE : une infirmière ASALEE à 100 %. Et après dans un second temps, dans la mesure où on a déjà une infirmière ASALEE, ça serait plutôt un assistant médical qui va faire tout le côté administratif. Et effectivement, comme la prise de constantes, ça pourrait être un complémentaire avec l'infirmière ASALEE. >>

M4 : << L'AM, car ASALEE je l'ai déjà, c'est deux choses différentes. Mon besoin maintenant ça serait l'AM pour pouvoir libérer du temps. Il y a un temps administratif qui est incompressible, ça me permettrait de voir plus de gens. ASALEE pour la qualité de la prise en charge du patient. >>

M6 : << Sans hésitation c'est ASALEE car c'est vraiment un travail complémentaire. >>

M7 : << Ça me paraîtrait plus cohérent l'IPA car elle a la possibilité de faire plus de choses, a terme ça serait l'IPA, c'est normal. Pour l'instant c'est l'infirmière ASALEE car je n'ai qu'elle. L'AM, ça restera en terme d'aide du même niveau que la secrétaire. Ça sera un plus mais ça ne va pas révolutionner la pratique. L'IPA peut révolutionner la pratique si c'est bien carré. ASALEE, le dispositif est génial mais ça me paraît logique que le dispositif finisse par rentrer dans l'IPA. Ça ferait une IPA éducation thérapeutique ou quelque chose comme ça, et le dispositif serait le même, il n'y a pas besoin de quinze dispositifs. >>

M8 : << ASALEE. >>

6. Perception de l'IPA ou de l'AM auprès de la patientèle

Pour l'ensemble des médecins, les AM ou les IPA seront globalement bien perçus par les patients.

M1 : <<Ça dépend de la manière dont on structure la coordination, et si on le vit bien soi-même, le patient se sent à l'aise et bien pris en charge. Je ne suis pas inquiet, si c'est bien présenté, et si on laisse au patient cette possibilité de garder un temps médical. Il ne faudrait pas que ça se transforme en un travail à la chaîne. >>

M2 : << Je pense que ça dépend du contact avec la personne. C'est vrai que l'IPA en primo accès, et tiers payant intégral c'est intéressant pour le patient. Les patients ne se rendent pas compte, ils font confiance. (ex indication antibiotiques ou non) donc accueil favorable je pense. Un AM serait bien perçu dans ma patientèle, avec déjà une demande de secrétariat par mes patients. >>

M3 : << Je pense que comme souvent, il y en a qui seront très contents et d'autres vraiment pas. Je ne pense pas qu'il faille forcément tenir compte de l'avis du patient en ce moment.>>

M4 : << Au début, je pense que ça serait compliqué mais au vu du contexte, je pense qu'ils comprendraient, on ne leur laissera pas le choix. >>

M6 : << Je pense qu'au début le patient sera un peu chamboulé mais je pense qu'il s'adaptera. Pour moi ça ne serait pas un frein, la perception des patients. >>

M7 : << Si c'est bien expliqué, ça passe nickel. L'IPA ça sera des ajustements plus importants, car si on dit aux patients : " oui c'est elle qui va vous suivre et si il y a un souci

vous reviendrez vers nous mais de manière chronique c'est elle qui va vous suivre. " Je pense qu'il y aura certaines personnes qu'on ne pourra pas envoyer chez l'IPA. >>

IV DISCUSSION

1. Pertinence de l'étude

1.1. Force de l'étude

L'objectif de cette étude est de recueillir l'opinion des médecins généralistes concernant la délégation de tâches en médecine générale à travers ASALEE. L'objectif secondaire est de recueillir leurs ressentis pour aller plus loin dans la délégation de tâches par une coopération avec les IPA ou d'autres besoins via les AM.

Notre thèse s'intéresse à un sujet d'actualité. En effet, face au manque de médecins sur le territoire français, la délégation de tâches est une des solutions pour pallier ce manque. Ainsi, différents dispositifs se développent comme ASALEE, la création de nouveaux métiers comme les IPA et les AM. La force de cette étude est qu'il n'existe aucune autre étude qui recueille l'opinion des médecins délégants via le dispositif ASALEE avec un regard croisé concernant les nouveaux métiers de la délégation que sont les IPA et les AM. Cela nous permettra de nous intéresser aux pistes d'avenir d'ASALEE et plus largement à la délégation de tâches en médecine générale.

Le choix de réaliser des entretiens semi dirigés et anonymisés a permis aux participants de s'exprimer librement.

1.2. Population étudiée

Il nous a semblé pertinent d'interroger des médecins faisant partie du dispositif ASALEE puisqu'ils expérimentent déjà la délégation de tâches. De fait, ces médecins ne sont pas réfractaires à la délégation. Ainsi nous pouvons échanger plus en détail avec eux sur la pratique de la délégation en médecine générale.

Au cours des entretiens, deux médecins ont expliqué travailler avec des IPA, par conséquent cela nous a permis de recueillir leurs expériences respectives.

2. Limites de l'étude

Cette étude qualitative comporte plusieurs biais.

Elle comporte un biais de recrutement lors de la sélection des médecins. Les médecins qui ont accepté de répondre à notre étude sont probablement satisfaits de la délégation de tâches et du dispositif ASALEE. Les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des généralistes participant au dispositif ASALEE.

Il y a une faible participation à l'étude, qui réalise un biais de puissance. Seulement huit médecins ont participé parmi les 26 médecins sollicités.

Il existe également un biais d'investigation. Les réponses aux questions ont pu être influencées par les questions posées ou par les reformulations de l'investigateur.

Le biais interprétation : en effet, lorsqu'il s'agit d'une étude d'opinion, l'investigateur peut faire une interprétation personnelle des réponses lors des entretiens.

Le biais de durée : Nous pouvons considérer que les réponses des deux médecins travaillant avec des IPA au sujet de leurs coopérations avec celles-ci ne sont pas significatives puisque leurs expériences sont limitées, seulement quelques mois.

3. Etat des lieux du dispositif ASALEE

3.1. Motivations

Notre étude montre que les médecins interrogés sont satisfaits de leur collaboration avec les infirmières ASALEE. Ils ont adhéré au dispositif ASALEE avec une volonté d'améliorer la prise en charge des patients à travers l'ETP. Ils déclarent avoir le sentiment de manquer de compétence et de temps pour réaliser l'ETP. Les médecins soulignent le fait qu'ils apprécient le travail en équipe pluri-professionnelle.

Les motivations des médecins à participer au dispositif ASALEE sont également retrouvées dans les travaux de thèse réalisée par Lucie PIETTE (22), Romain PY (23), Aurélien Prato (24).

Nous avons interrogé des médecins travaillant avec ASALEE. Il serait intéressant de recueillir l'avis de ceux qui ont suspendu cette collaboration, de connaître quelle proportion la suspend ainsi que les raisons les ayant amenés à la suspendre.

Une étude comparant l'avis des médecins travaillant avec ASALEE et ceux n'y ayant pas recours serait intéressante et permettrait peut-être de comprendre si la méconnaissance du dispositif est un frein à la délégation de tâches. Ainsi, il serait intéressant de réaliser une enquête auprès des médecins généralistes afin de connaître le nombre de généralistes qui méconnaissent l'existence du dispositif ASALEE, ainsi que la nécessité d'informer sur son existence et par qui ?

3.2. Adressage et tâches déléguées

Les médecins déclarent adresser principalement les patients diabétiques de type 2 dans le dispositif ASALEE. Ils adressent également, mais dans une moindre mesure, des patients obèses, ayant des facteurs de risque cardiovasculaire, des patients pour la réalisation du

sevrage tabagique, les BPCO et le dépistage de troubles neuro-cognitifs. Les médecins expliquent qu'ils adressent certains patients à l'infirmière ASALEE pour un soutien psychologique, ou pour rompre l'isolement social, mais cela dépasse le protocole ASALEE.

Notre étude montre que les médecins généralistes interrogés ne délèguent pas aux infirmières l'ensemble des tâches répertoriées dans le protocole ASALEE et les tâches déléguées sont variables selon les binômes. Cela est retrouvé dans une étude réalisée par l'IRDES qui s'est intéressée à l'organisation et aux pratiques entre les binômes médecins et infirmières ASALEE. Elle montre qu'il y a une grande variabilité de fonctionnement des binômes avec une grande diversité de tâches (25). Il serait intéressant de connaître les raisons pour lesquelles cette délégation de tâches ne concerne qu'une certaine catégorie de patients : sont-ils les plus nombreux à nécessiter des soins et de la prévention ? Sont-ils les plus chronophages ?

En effet, la délégation de la prescription et la réalisation des actes techniques (tels que l'ECG et la spirométrie) ainsi que les prescriptions de la biologie et des substituts nicotiques sont rarement délégués. Cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance des médecins des protocoles ASALEE. Notre étude révèle que la majorité des médecins ne savaient pas que l'infirmière pouvait prescrire la biologie dans le cadre du protocole ASALEE. Cette méconnaissance des protocoles comme frein au développement d'ASALEE est retrouvée dans l'étude qualitative (26).

Par ailleurs, cela peut également venir des médecins, dans une volonté de garder la main sur la prescription. Dans certains cas, il s'agit d'un choix de l'infirmière de ne pas réaliser certaines tâches comme la prescription de substituts nicotiques car n'étant pas à l'aise avec cette dernière selon un médecin interrogé.

3.3. Échanges entre infirmières et médecins

Les médecins échangent avec les infirmières ASALEE majoritairement sur un mode informel : au cours du déjeuner, via une messagerie, entre deux consultations. La moitié des médecins interrogés déclarent échanger avec leur binôme au cours de réunions planifiées. La thèse de BENAZET - LACARRE Laure-Emmanuelle (27) retrouve également que les échanges entre médecins et infirmières sont majoritairement réalisés rapidement et de manière informelle. En effet, le manque de temps apparaît être le principal frein à la communication de type formel, c'est-à-dire planifié et encadré.

En revanche, les médecins apprécient que ce temps d'échange soit valorisé sous la forme d'une allocation. Cette dernière est calculée en fonction du temps déclaré en réunion par l'infirmière, au prorata du temps d'activité de l'infirmière, et est au maximum l'équivalent de douze consultations pour une demi-journée par mois (28).

3.4. Les avantages d'ASALEE

Notre étude permet de confirmer les points positifs d'ASALEE.

3.4.1. Amélioration de la prise en charge des patients

Tous les médecins interrogés estiment que le dispositif ASALEE améliore la prise en charge des patients. Notamment à travers l'ETP, les médecins déclarent avoir amélioré la qualité de prise en charge et l'autonomisation des patients. Ils soulignent que le dispositif ASALEE est une aide dans le sevrage tabagique, dans la perte de poids et remise en mouvement, pour rompre l'isolement social (à travers les groupes de marche notamment) et améliore les chiffres de l'Hba1c.

En effet, le programme d'évaluation Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (DAPHNEE) a analysé l'impact du dispositif ASALEE au travers de différentes études.

Prenons l'exemple du patient diabétique de type 2.

Une étude inscrite dans le programme d'évaluation DAPHNEE s'intéresse à l'impact du dispositif ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 entre 2010 et 2017. Les résultats de cette étude montrent que les patients diabétiques inscrits médecins traitant auprès des médecins généralistes qui sont entrés dans le dispositif ASALEE ont une amélioration de leurs suivis, notamment en respectant la réalisation des six indicateurs de suivi (la réalisation au moins trois fois par an de l'Hba1c et d'au moins une fois par an d'un bilan lipidique, une créatinémie, un électrocardiogramme ou une consultation chez le cardiologue, une microalbuminurie, un fond d'œil ou une consultation chez l'ophtalmologue). (29).

L'étude réalisée par Yann BOURGUEIL en 2008 montre que les patients diabétiques de type 2 suivis dans le cadre du dispositif ASALEE ont une amélioration de l'équilibre glycémique. "En effet, les patients diabétiques de type 2 suivis dans ASALEE ont 2,6 fois plus de chance que ceux de l'OMG (Observatoire de la médecine générale) de voir leur HbA1c maintenue ou ramenée à 8 % ou en dessous, toutes choses égales par ailleurs ($p < 1 \%$). Ces patients ont même respectivement 1,6 et 1,8 fois plus de chance que ceux de l'OMG de voir leur HbA1c maintenue ou ramenée respectivement à 7 % ou en deçà, ou à 6,5 % ou en deçà, toutes choses égales par ailleurs ($p = 5 \%$ et $p < 3 \%$)."

Cette étude confirme une amélioration de la qualité du suivi par la gestion des dossiers patients et les rappels informatiques par l'infirmière. De plus, le dispositif ASALEE s'avère être efficace sans surcoût pour l'Assurance Maladie (30).

Une autre étude réalisée par le Conservatoire National des Arts et Métiers en 2010 montre que les patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE avaient une réduction

du nombre de visites chez les spécialistes et une réduction du nombre d'hospitalisation. En revanche, il y a une augmentation du nombre d'examens complémentaires réalisés, conséquence d'un meilleur suivi du patient par le médecin généraliste (31).

La thèse de Lucie PIETTE (22) retrouve de la même manière, une constatation des médecins d'une amélioration de la qualité des soins à travers l'éducation thérapeutique de leurs patients suivis par ASALEE ainsi qu' une amélioration du suivi et du dépistage des complications chez les patients ASALEE”.

Cette amélioration de prise en charge est-elle liée au fait que les médecins faisant intervenir ces dispositifs sont plus soucieux de la prévention ? Est-ce lié aussi au profil du prescripteur ? Ceux faisant intervenir ces dispositifs sont-ils déjà à l'avance convaincus ?

3.4.2. Libération du temps médical

Un tiers des médecins interrogés dans notre étude pensent que le fait de travailler avec les infirmières libère du temps médical. Pour les autres médecins, ils soulignent qu'ils ont eu une amélioration plus sur le plan qualitatif, qu'une libération du temps médical. En effet, ASALEE permet d'accorder plus de temps aux patients grâce à une consultation longue avec l'infirmière. Cela contribue à l'amélioration de la prise en charge du patient.

Une étude inscrite dans le programme d'évaluation DAPHNEE réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) en 2019 montre une augmentation de la taille de la patientèle (file active et inscrite médecin traitant) des médecins qui sont entrés dans le dispositif ASALEE. En revanche, les médecins n'augmentent pas le nombre de consultations. On observe une libération du temps médical au bénéfice de l'accès aux soins par un suivi d'un plus grand nombre de patients (32).

Nous pouvons souligner le fait qu'un meilleur travail de prévention pourrait réduire la fréquence des pathologies déséquilibrées et ainsi réduire la fréquence de consultations pour ces patients. De ce fait, le besoin de consultation pourrait se réduire et libérer du temps médical.

3.4.3. Confort d'exercice

Les médecins interrogés soulignent l'avantage de ne pas avoir une charge administrative avec ASALEE. En effet, le travail de recueil des données et de synthèse est réalisé par l'infirmière.

De plus, une médecin interrogée déclare être satisfaite de ne pas salarier l'infirmière ASALEE en raison du coût et de la charge administrative que cela implique mais aussi pour faciliter le travail en équipe en évitant un lien de subordination.

Dans l'étude DAPHNEE réalisée par l'IRDES (33), les médecins participant au dispositif ASALEE déclarent avoir gagné du confort d'exercice et ont amélioré la qualité de leur travail. Ils déclarent qu'en déléguant l'ETP, ils sont plus disponibles pour leurs patients tout en atteignant plus vite les objectifs de suivi des patients.

3.4.4. Travail en équipe

Les médecins interrogés sont satisfaits de travailler en équipe. Ils soulignent l'importance du fait que l'infirmière travaille au sein du cabinet, car cela facilite les échanges.

La thèse de Lucie PIETTE (22), décrit également la satisfaction des médecins à travailler en pluriprofessionnel avec "le bénéfice d'un autre regard, de la part d'un professionnel de santé différent".

3.4.5. Avantage financier

Le dispositif ASALEE engendre peu de frais, cela est un point positif pour les médecins à l'adhésion d'ASALEE. La notion de considération du travail de l'infirmière avec perte de hiérarchie entre médecins et infirmières est également retrouvé dans le travail de ETCHEGOYEN, PAGADOY et SCHUCK (34). Les médecins sont satisfaits de ne pas devoir salarier l'infirmière pour une question de coût, de charge administrative ainsi que pour favoriser le travail en équipe en évitant un lien de subordination. Le souhait des médecins de ne pas salarier une infirmière est aussi retrouvé dans l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (35), "les médecins sont plus favorables à la délégation de tâche si l'infirmière est entièrement rémunérée par un forfait extérieur."

Et selon une étude de Delamaire et al. en 2010 (36), "les expériences étrangères suggèrent qu'une des conditions de la réussite à la délégation de tâches dans les soins de premiers recours est l'instauration de rémunérations forfaitaires versées aux paramédicaux".

3.5. Les pistes d'amélioration d'ASALEE

Parmi les inconvénients perçus par les médecins concernant ASALEE on retrouve : la question du temps de concertation imposé, une difficulté à participer aux formations ASALEE et un besoin de traçabilité des données recueillies par ASALEE (comme le nombre de patients suivis ou les "perdus de vue").

La moitié des médecins interrogés ne propose pas de nouveaux protocoles, puisqu'ils trouvent que le protocole ASALEE est déjà complet. Quelques médecins en suggèrent de

nouveaux. Parmi eux, on retrouve le suivi des enfants obèses et le suivi psychologique. Ces résultats sont également retrouvés dans la thèse de Lucie PIETTE (22).

La proposition de suivi psychologique dans le cadre des protocoles ASALEE révèle un réel besoin de soutien psychologique et particulièrement chez les patients précaires et/ou isolés. Or la prise en charge du suivi psychologique par l'assurance maladie n'est possible que via le dispositif "Mon Psy Santé" à hauteur de huit séances par an chez des psychologues acceptant le dispositif.(37) Pour les patients ruraux et précaires, l'offre ne semble pas adaptée. Faire entrer le soutien psychologique dans les protocoles ASALEE, pourrait répondre à ce besoin. Cependant la question de la concurrence que cela implique pour les psychologues se pose légitimement si c'est l'infirmière qui en a la charge. S'ouvre alors la question d'intégrer le psychologue au dispositif ASALEE (34).

Un médecin propose de déléguer les dépistages des troubles du développement de l'enfant. Ceci a été retrouvé dans un travail de thèse de A. Prato (24) qui évoquait la volonté des médecins à développer d'autres protocoles comme la psychiatrie et l'addictologie, la prévention des chutes chez les personnes âgées, la vaccination, le dépistage des troubles du langage et du comportement chez l'enfant.

La force du dispositif ASALEE est qu'il est un support organisationnel qui valorise le leadership et encourage l'innovation. Mais se pose la question que si l'on élargit trop les missions d'ASALEE, ne risque-t-on pas une dispersion et une perte d'efficacité du dispositif ? Ne faudrait-il pas se centrer sur l'ETP, sa principale mission ? Ou à l'inverse, faut-il permettre de faire évoluer les missions de l'infirmière ASALEE vers davantage de délégation de tâches, notamment vers le rôle des IPA avec le suivi des patients chroniques stabilisés ?

4. Autres formes de délégation de tâches : IPA et AM

4.1. Les points positifs à la délégation de tâches

4.1.1. Amélioration de la prise en charge des patients

Notre étude montre qu'une partie des médecins interrogés pensent que l'IPA peut améliorer la prise en charge des patients en ayant un autre regard, à condition d'avoir des échanges réguliers avec l'IPA et de réaliser des protocoles précis établis avec l'IPA. Ils soulignent aussi l'importance que l'IPA exerce dans le même cabinet pour faciliter les échanges et permettre de travailler sur le même support du dossier médical.

Les deux médecins qui travaillent avec les IPA dans notre étude s'accordent à dire que cette collaboration permet effectivement d'améliorer la prise en charge des patients en rendant le médecin plus réactif pour les problématiques relevant des visites à domicile et grâce à l'apport d'un deuxième regard.

Un travail réalisé par l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) concernant les IPA à l'étranger montre que la profession contribue à améliorer l'accès aux soins, avec une qualité équivalente de soins que les médecins, concernant des problèmes de santé mineurs ou un état de santé stabilisé. De plus, les patients sont satisfaits puisque les infirmières ont tendance à fournir plus d'explications aux patients et à être plus à l'écoute, ce qui est rendu possible grâce à un temps de consultation plus long (36).

Également, certains médecins de l'échantillon pensent que les AM peuvent améliorer la prise en charge des patients en apportant un regard supplémentaire et en améliorant la tenue des dossiers. Le travail de thèse réalisé par J-D Broissiat en 2022 (38) montre que les AM améliorent effectivement la tenue des dossiers médicaux par "la mise à jour des

vaccinations, des antécédents lors de la réception de courrier, le suivi des dépistages. Cette meilleure tenue des dossiers permettra également une amélioration de la prise en charge”.

Tout comme le dispositif ASALEE, les IPA et les AM permettent d’améliorer la prise en charge des patients. En revanche, il existe des redondances dans les missions d’éducation, de prévention et de dépistage notamment entre les IPA et les infirmières ASALEE.

4.1.2. Libération du temps médical

Comme pour le dispositif ASALEE, la majorité des médecins interrogés s’accordent à dire que les AM et les IPA peuvent libérer du temps médical.

Les deux médecins qui travaillent avec les IPA dans notre étude confirment que travailler avec une IPA permet de libérer du temps médical notamment sur leur temps de visites puisqu’ils les espacent.

Pour certains médecins ce gain de temps leur permettra de voir de nouveaux patients, et pour d’autres, d’équilibrer leur temps notamment en pouvant accorder plus de temps aux patients qui le nécessitent. Ainsi d’un côté le gain de temps peut améliorer l’accès au soins, d’un autre côté un confort d’exercice que nous traiterons plus bas.

L’étude de Delamaire, M. et G. Lafortune de l’OCDE montre également que les IPA permettent d’améliorer l’accès aux soins (36).

Pour la majorité des médecins interrogés, l’AM pourrait également libérer du temps médical. Selon le travail de thèse réalisé par J-D Broissiat en 2022 (38) sur les assistants médicaux, les médecins qui estiment avoir pu libérer le plus de temps médical et administratif sont ceux

qui font réaliser la préconsultation par l'assistant médical et alternent les consultations dans deux bureaux.

4.1.3. Confort d'exercice

Notre étude montre que les médecins sont favorables à déléguer des tâches auprès des AM pour un confort d'exercice. Cette opinion est retrouvée dans le travail de thèse effectué par Raphaël ABT (39).

L'AM peut réaliser des tâches chronophages où il n'y a pas besoin d'expertise médicale, particulièrement ce qui relève de l'administratif, dans le but de faciliter le travail du médecin. En effet, les médecins sont surtout favorables à la délégation de tâches administratives, peu appréciées, ainsi que le déshabillage et la prise des mesures de l'enfant qui prennent également du temps.

En revanche, il y a donc une redondance dans les missions des AM avec le travail de secrétaire et certains médecins ne voient pas l'avantage d'un AM s'ils souhaitent leur déléguer uniquement les tâches administratives. En revanche, il y a une possibilité de former une secrétaire pour être AM afin de lui permettre d'élargir ses missions.

Concernant la question du confort de travail, ce constat a été retrouvé dans le travail de thèse de J-D Broissiat en 2022 (38) : " l'ensemble des médecins interrogés ressent un allègement de la charge de travail globale, avec des journées psychologiquement plus simples et moins vectrices de stress."

Est-ce que les médecins généralistes travaillant avec le dispositif ASALEE sont plus enclins à travailler avec des IPA ou des AM par rapport aux médecins ne faisant pas partie du dispositif ?

4.2. Les freins à la délégation de tâches

4.2.1. la méconnaissance des missions des délégués

Un des freins à la délégation de tâches aux IPA et AM est la méconnaissance de leurs compétences. Tout comme la méconnaissance des protocoles d'ASALEE, les médecins interrogés ne connaissent pas le champ d'action exact des IPA et AM. Par exemple, certains médecins sont opposés à déléguer aux IPA la prise en charge des pathologies aiguës. Or, dans le cadre des soins primaires, l'IPA spécialisée en suivi des pathologies chroniques stabilisées, ne prend pas en charge les pathologies aiguës qui dépassent son champ de compétence. Concernant les AM, certains médecins généralistes sont opposés à leur déléguer la vaccination. En réalité, l'AM peut vérifier dans le dossier patient si les vaccins sont à jour mais n'est pas habilité à administrer le vaccin.

4.2.2. Modification dans la relation avec le patient

Il y a une crainte des médecins d'une modification dans la relation médecin patient en travaillant avec un AM ou une IPA. En effet, le généraliste ne sera plus l'interlocuteur privilégié du patient et il verra moins souvent le patient en collaborant avec les IPA. De même avec les AM, en réalisant la première partie de la consultation comprenant le déshabillage et la prise des constantes, les médecins craignent une diminution de la qualité de la relation avec leurs patients. Les patients n'auront plus une consultation exclusivement avec le médecin. Cela peut mettre de la distance entre le patient et le médecin. Selon le travail de thèse réalisé par J-D Broissiat en 2022 (38) " la plus grande modification de la relation médecin patient semble être conditionnée par l'existence ou non d'une préconsultation réalisée par l'AM avec les étapes de déshabillage et la prise des constantes".

De plus, l'AM qui débute l'interrogatoire et le déshabillage des patients et le médecin qui alterne entre deux bureaux fait craindre aux médecins interrogés une "médecine

d'abattage", avec un travail à la chaîne, où le gain de temps prime sur la relation avec les patients.

4.2.3. Une volonté de ne pas déléguer certaines tâches :

- Volonté de garder le rôle de coordinateur :

Certains médecins interrogés ont la volonté de garder les missions propres du médecin généraliste et sont opposés à la délégation de certaines tâches aux IPA craignant une perte de sens dans leur exercice du métier. En effet, les missions de prévention et de suivi des patients atteints de pathologies chroniques, ainsi que la coordination sont le cœur du métier de généraliste. Ce suivi permet d'avoir une vue synthétique de la prise en charge du patient, accepter de le déléguer apparaît pour certains comme une entrave au bon exercice de leur métier.

Les IPA et les AM peuvent entrer en concurrence avec le généraliste dans le rôle de coordinateur du parcours de soins du patient. En effet, il y a une répétition des missions de coordination des soins par ces trois acteurs de santé. (40)

En développant la délégation de ces tâches à l'IPA, cela peut induire une réorganisation du métier de généraliste, voire un bouleversement identitaire du généraliste. Ce sentiment est aussi retrouvé dans le travail de thèse de Anne Sophie NAGY, avec des médecins qui craignent une activité moins variée, voire une disparition de la profession. (41)

L'Académie Nationale de Médecine propose une redéfinition du rôle du médecin généraliste dans ce contexte de carence médicale et d'élargissement du champ de compétence des paramédicaux. Elle le définit comme étant un coordinateur de l'équipe de santé référente en gardant une vision globale sur l'état de santé du patient. Il réalise un travail de synthèse diagnostic et thérapeutique et observe la qualité des résultats tout au long du parcours de

soin. Le généraliste aura un exercice mixte (ambulatoire et établissement hospitalier) ce qui facilite la coordination et entretient des liens plus étroits avec la PMI, la médecine scolaire, du travail, du sport et les EHPAD notamment) (42).

- La primo prescription et accès direct :

Concernant la primo prescription par les IPA, les avis sont partagés. Pour certains médecins cela ne pose pas de problème à la condition de la réalisation de protocoles définis. Pour d'autres médecins, la primo prescription ne doit pas être déléguée à l'IPA, au risque d'erreurs médicales. Les médecins interrogés évoquent la complexité que peut comporter la prescription. L'ensemble des médecins sont opposés à l'accès direct des IPA par les patients. Cela favoriserait des erreurs médicales et entraverait la bonne coordination des soins. Est-ce que la difficulté des médecins de déléguer les prescriptions a d'autres origines ? Peut-être ont-ils le sentiment d'être dévalorisés ? Remplaçable ?

Selon une étude réalisée par OCDE (36), les IPA peuvent assurer la même qualité des soins dans le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques et dans le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure.

Difficultés à déléguer les « prescriptions » : raisons ? peur de dévalorisation du médecin ?

4.2.4. La responsabilité

La question de la responsabilité du médecin se pose surtout pour une coopération avec les IPA puisqu'elles ont un plus grand champ de compétence délégué par rapport aux infirmières ASALEE et AM.

Notre étude montre que la question de la responsabilité est floue pour les médecins interrogés et qu'ils craignent que leur responsabilité soit engagée en cas d'erreur de prise en charge par les IPA. Les médecins soulignent l'importance de réaliser des protocoles afin de cadrer la prise en charge. Effectivement, selon l'article R.4301-4 du Code de la santé publique, un protocole d'organisation est établi afin de définir le domaine d'intervention de l'IPA et sa responsabilité qui s'ensuit. (43)

Bien que les IPA ont leur responsabilité civile professionnelle, le médecin qui délègue reste responsable de la prise en charge de l'IPA puisqu'il doit superviser son travail. Contrairement au transfert où l'acte de soins est déplacé d'un corps professionnel à un autre, incluant la responsabilité. (44)

Notons que dans les hôpitaux, les médecins et les IPA sont tous les deux salariés de cette structure. En cas de faute commise par l'IPA, c'est l'IPA et l'hôpital qui sont responsables.

4.2.5. Local

Pour la majorité des médecins interrogés, le manque de local disponible est un frein pour travailler avec un AM ou un IPA.

En effet, pour un travail pluridisciplinaire se faisant dans de bonnes conditions, il faut des locaux pouvant accueillir les professionnels paramédicaux. Pour beaucoup de cabinets, cela nécessite des aménagements qui ont un coût trop grand.

La problématique des locaux et de leurs coûts pour une collaboration avec les IPA est aussi retrouvée dans le travail de thèse de J-F COLMAS (45) ainsi que pour les AM dans la thèse de DUBUS Justine (46). En effet, un second bureau de consultation est nécessaire pour que le médecin puisse travailler plus efficacement avec l'AM.

4.2.6. Aspects financiers

- Le salariat :

Tout d'abord, les médecins interrogés ont des réticences à salarier un AM, en raison du coût mais aussi de la difficulté à licencier un employé si la collaboration ne se passe pas bien. Malgré les aides financières de l'État, les médecins craignent qu'elles ne soient pas pérennes. Ils craignent aussi un risque d'épuisement en cas de majoration de leur activité, demandée par la CPAM en contrepartie des aides financières. Cet avis a été retrouvé dans la thèse de Raphaël ABT (39).

Selon la CPAM (47), l'aide financière à l'emploi d'un AM est pérenne mais diminue au fur à mesure que le surplus d'activité apporté par l'assistant médical permet d'augmenter les revenus du cabinet. Elle constate une augmentation de 10 % en moyenne de la patientèle médecin traitant et de plus de 5 % de la file active des médecins travaillant avec un AM.

En revanche, le travail de thèse de DUBUS (46) ne retrouve pas un gain financier lorsqu'il interroge les médecins travaillant avec un AM, mais plutôt un confort dans leur travail.

- Les modes de rémunération :

Le mode de rémunération à l'acte des médecins généralistes participe au frein du développement des IPA en soins primaires. En effet, la délégation du suivi des patients atteints de pathologies chroniques stabilisées aux IPA peut engendrer une perte de revenu pour les médecins, car cela peut modifier le rythme des consultations des médecins, en déléguant une partie des consultations dites "faciles" donc plus rapides. Le risque est que les généralistes réalisent davantage de consultations complexes et longues, par conséquent moins rentables. De plus, la délégation de tâches nécessite un temps d'échange entre médecins et infirmières, ce temps n'est pas rémunéré. En effet, le rapport de la HAS en

2008, explique que le mode de rémunération à l'acte des généralistes est un frein au développement de coopération entre médecins et infirmières, puisqu'il favorise l'exercice individuel (3).

Il semble important que les IPA travaillant en soins primaires soient salariées d'une structure (EHPAD, ASALEE..). Cela est le cas pour deux IPA qui travaillent avec deux médecins de notre étude. Le premier est salarié d'un EHPAD et la seconde est salariée du dispositif ASALEE. En effet, une infirmière ASALEE peut suivre une formation pour devenir IPA, tout en conservant son statut d'infirmière salariée d'ASALEE. Par conséquent, les médecins n'ont pas de charges salariales. Cela peut être un levier contre les freins au développement des IPA en soins primaires. En effet, les médecins généralistes ne sont pas enclins à salarier des IPA en raison des charges. De plus, les IPA libérales peuvent créer une concurrence avec les médecins généralistes puisqu'elles peuvent réaliser certaines de leurs tâches. Ajoutons à cela les rémunérations par forfaits des IPA libérales qui réactualise la question de l'augmentation de la rémunération des consultations de médecine générale. Prenons l'exemple d'un suivi d'un patient chronique stabilisé suivi trimestriellement. Le forfait de suivi trimestriel est valorisé à la hauteur de 50 euros à l'IPA. Le médecin généraliste est rémunéré 25 euros pour la même tâche, sachant qu'il se consacre fréquemment à plusieurs plaintes du patient en plus de la réévaluation du traitement. En effet, certains médecins peuvent ressentir une concurrence mais aussi une dévalorisation de leur travail.

Effectivement, à l'étranger, les coopérations entre IPA et généralistes sont développées dans des structures communes avec des modes de rémunération forfaitaire ou au moins en complément du paiement à l'acte (48). Ainsi, pour développer la coopération avec les IPA, il convient de proposer aux médecins généralistes une rémunération forfaitaire en plus de leur rémunération à l'acte des généralistes. Il existe des forfaits qui valorisent la coordination pluriprofessionnelle dans les maisons ou centres de santé (49), permis par l'Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles du 20

avril 2017 (50). Ainsi, nous pouvons imaginer une extension de ce forfait aux regroupement de cabinets libéraux.

L'Académie nationale de médecine propose une rémunération du généraliste qui comporte à la fois une part de capitation (forfait) selon le nombre de patients suivis, un forfait journalier pour l'activité clinique, un salaire (travail de coordination , tâches administratives). Le paiement à l'acte ne persisterait que pour certains gestes techniques non répétitifs comme des "petites urgences" (pansements, attelles, sutures). Il bénéficierait des aides à la création et au fonctionnement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Centres de Soins (42).

Pour la société, leurs suivis n'engendreraient pas de surcoût. Les salaires des infirmières sont plus bas que ceux des médecins, mais cette économie est rattrapée par une plus grande fréquence de consultation et un taux de réalisation d'examen plus élevé. En somme, cela ne réalise pas un surcoût car le bilan s'équilibre. Cependant, cette étude de Delamaire, M. et G. Lafortune (36) révèle que la multiplication du nombre d'intervenants dans la prise en charge des patients peut engendrer un surcoût en cas de manque de coordination, surtout dans les cabinets de groupe de grande taille. Ceci est retrouvé dans notre étude, où certains médecins estiment que travailler avec un IPA peut engendrer un surcoût pour la société en raison d'une redondance de certains examens complémentaires par exemple, s'il y a un manque de coordination.

Nous pouvons conclure que le travail avec une IPA n'engendre pas de surcoût pour la société, sauf en cas de mauvaise coordination, favorisée dans les cabinets de groupe de grande taille ou lorsque l'IPA est en libéral sans garantie d'échanges avec le médecin.

5. Quid du travail des infirmières ASALEE et IPA au sein d'une même structure

La question du travail d'une infirmière ASALEE et d'une IPA au sein d'une même structure de santé en soins primaires peut être pertinente car elles ont des compétences complémentaires. La première a comme mission principale d'ETP et prévention. L'IPA s'occupe de l'éducation, de la prévention mais aussi du suivi des patients chroniques stables. Par contre, elles ont également des missions similaires notamment dans l'éducation et la prévention. De plus, cela multiplie le nombre d'intervenants et le patient peut se sentir perdu. La question des locaux manquant reste un frein, et trouver un temps d'échange pour le généraliste à la fois avec l'IPA et l'infirmière ASALEE, peut s'avérer compliqué. Une concurrence peut se créer entre les infirmières ASALEE et l'IPA si cette dernière est libérale, en pouvant restreindre son activité et par conséquent ses revenus.

Il semble plus pertinent que l'infirmière ASALEE si elle le souhaite puisse suivre la formation d'IPA et élargir son champ d'action.

6. Infirmières ASALEE, IPA et AM : quelle profession peut répondre au mieux aux besoins des médecins ?

Concernant la profession parmi les infirmières ASALEE, les IPA et les AM qui pourrait répondre le mieux aux besoins des médecins, les avis sont partagés. Tous les médecins sont satisfaits de la coopération avec les infirmières ASALEE et trois parmi les huit médecins interrogés répondent que ce sont les infirmières ASALEE qui peuvent le mieux répondre à leurs besoins. La moitié des médecins interrogés déclarent pouvoir trouver une aide dans leur pratique auprès d'un AM mais principalement pour le travail administratif. Il apparaît plus simple de former les secrétaires déjà présentes pour leurs déléguer davantage de tâches administratives plutôt que d'embaucher une personne supplémentaire avec un AM. Le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants en

France (ReAGJIR) s'interroge sur le fait de plutôt revaloriser les actes et métiers existants que de créer une fonction supplémentaire par l' AM (51).

Seul un médecin pense que l'IPA serait la profession la plus adaptée pour l'aider puisqu'elle a les compétences les plus élargies. De plus, il pense que le dispositif ASALEE peut évoluer vers une intégration des IPA dans ce dispositif.

En effet, serait-il pertinent que l'infirmière ASALEE réalise la formation d'IPA et que la secrétaire du cabinet réalise la formation d'AM pour élargir leurs champs d'actions, plutôt que de faire intervenir un interlocuteur supplémentaire pour le patient ?

Il serait intéressant de réaliser une étude sur les déterminants qui pourraient rendre plus attractifs les IPA et AM dans le secteur libéral.

Enfin, à l'heure des innovations, est-ce que le développement de l'intelligence artificielle permettra de créer des algorithmes décisionnels performant en proposant un diagnostic et une thérapeutique ? Quelle place prendront-ils ?

V. CONCLUSION

Le nombre de médecins généralistes en France a diminué tandis que la demande d'accès aux soins primaires a augmenté. Cela engendre une diminution de l'offre de soins. Un des leviers existants est la délégation de tâches en médecine générale. La délégation de tâches désigne << l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. >> Plusieurs études ont été réalisées au sujet de l'opinion des médecins généralistes quant à la délégation de tâches dans le cadre du dispositif Action de santé libérale en équipe (ASALEE), des infirmières en pratiques avancées (IPA) et des assistants médicaux (AM) mais aucune avec un regard croisé. L'objectif de notre étude est de recueillir l'opinion de médecins généralistes concernant la délégation de tâches avec le dispositif ASALEE, ainsi que leur opinion concernant les nouveaux métiers de la délégation de tâches que sont les IPA et les AM.

Nous avons réalisé une étude qualitative en interrogeant huit médecins généralistes faisant partie du dispositif ASALEE dans le Haut-Rhin à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé.

Notre étude montre que les médecins généralistes interrogés sont satisfaits de déléguer des tâches aux infirmières ASALEE puisqu'elles réalisent un travail complémentaire par l'éducation thérapeutique du patient. Cela est réalisé dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients et de libérer du temps médical. Les médecins apprécient le confort d'exercice et l'avantage que confère le salariat de l'infirmière par le dispositif ASALEE. Cependant ils n'exploitent pas entièrement les compétences des infirmières ASALEE par méconnaissance de tous les protocoles existants mais aussi par un manque de temps de

consultation de l'infirmière allouée par médecin. Enfin, dans une moindre mesure, la volonté de garder la main sur la prescription semble être un frein.

Concernant les autres métiers de délégation de tâches que sont les IPA et AM, les médecins pensent qu'ils peuvent libérer du temps médical et améliorer la prise en charge des patients mais ils ont des réticences à travailler avec eux. En effet, ils souhaitent garder leur rôle de médecin généraliste assurant le suivi des patients et de coordinateur du parcours de soin. Ils craignent également une modification de leur relation médecin-patient. Les médecins interrogés semblent plus réticents à déléguer les tâches aux IPA puisqu'elles pourraient entrer en "concurrence" avec eux dans le cadre du primo accès et en réalisant les mêmes tâches. Ils craignent que leurs responsabilités soient engagées en cas d'erreur médicale de l'IPA. De plus, le mode de rémunération actuel du médecin généraliste ne permet pas une bonne collaboration avec les IPA libérales. Malgré le confort d'exercice que confère la délégation à l'AM des tâches administratives et de préparation des consultations, le coût et les contraintes du salariat sont un frein à son embauche. La problématique des locaux ainsi que les objectifs requis conditionnant l'obtention de l'aide à l'embauche sont des freins supplémentaires.

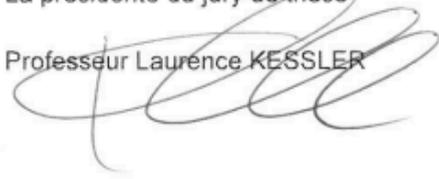
Les médecins interrogés sont dans l'ensemble satisfaits de déléguer des tâches aux infirmières par le dispositif ASALEE, mais sont plus réticents à déléguer aux IPA et aux AM. Ils semblent plus enclins à déléguer les actes de prévention notamment concernant les patients atteints de certaines pathologies telles que le diabète. Leur collaboration avec les IPA nécessiterait l'établissement de protocoles ainsi qu'une revalorisation de la rémunération du médecin généraliste. Les AM permettent de libérer du temps administratif, de faciliter la préparation de la consultation et permettent donc au médecin de se consacrer davantage au temps médical. Cependant, faire appel à un AM a un coût et cela peut engendrer une augmentation du rythme de travail lui-même source d'épuisement des

médecins. Il serait intéressant de réaliser une étude sur les déterminants qui pourraient rendre plus attractif le recours aux infirmières ASALEE, aux IPA et aux AM dans le secteur libéral.

VU

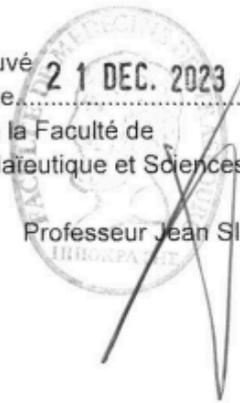
Strasbourg, le... 19/12/23
La présidente du jury de thèse

Professeur Laurence KESSLER



VU et approuvé 21 DEC. 2023
Strasbourg, le.....
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES :

Annexe 1 : Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

LISTE DES ACTES DE SUIVI ET DE PRÉVENTION QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À DEMANDER, POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI :

Conseils hygiéno-diététiques adaptés.

Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.

Rétinographie avec ou sans mydriase.

Electrocardiographie (ECG) de repos.

Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).

Explorations fonctionnelles de la respiration.

Electro-encéphalographie.

Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.

Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.

Doppler du greffon.

Débit de fistule artério-veineuse.

Vaccinations selon calendrier vaccinal, vaccinations ciblées (grippe saisonnière, anti-tétanique, Gammaglobuline antitétanique), vaccins maladies tropicales et vectorielles.

LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE OBLIGATOIRE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE :

Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.

Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.

Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.

Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.

Prothèse capillaire.

Prothèse mammaire externe.

Attelles et orthèses de série.

Chaussures thérapeutiques de type CHUT/ CHUP.

Matériel de maintien à domicile (lit médicalisé, lève-malade, chaise percée, dispositif de verticalisation).

Chaussettes et orthèses thérapeutiques anti-escarres.

Ensemble des dispositifs mentionnés dans l'arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les IDE sont autorisés à prescrire nonobstant les conditions applicables aux IDE en soins généraux.

LISTE DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI :

I.-Examens sanguins

HEMATOLOGIE :

- Hémogramme (numération des hématies, des leucocytes et des plaquettes, dosage de l'hémoglobine, hématocrite, volume globulaire moyen, paramètres érythrocytaires, formule leucocytaire) ;

- Réticulocytes ;

- Schizocytes.

IMMUNOLOGIE :

- Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;

- Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;
- Groupage sanguin ;
- RAI ;
- Anticorps anti-tréponème ;
- Anticorps anti-tétaniques ;
- Phadiatop.

VIROLOGIE :

- Sérologie et charge virale (VIH, VHC, VHB) ;
- Sérologie HTLV1 et HTLV2 ;
- Sérologie syphilis ;
- Sérologie SARS CoV2.

HEMOSTASE ET COAGULATION :

- Temps de Quick en cas de traitement anti-vitamine K (INR) ;
- Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique ;
- Temps de quick ;
- Taux de prothrombine ;
- Bilan (TP, TCA, fibrinogène, bilan CIVD, ATII, facteurs de coagulation) ;
- Dosage concentration plasmatique AOD, ARU, PRU.

MICROBIOLOGIE :

- Examen cytbactériologique des urines (ECBU) ;
- Prélèvement cutané ou muqueux ;

- Hémocultures veineuses périphériques qui font partie du bilan infectieux.

HORMONOLOGIE :

- TSH ;

- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

-Béta-HCG

ENZYMOLOGIE :

- Lipasémie ;

- Phosphatases alcalines ;

- Transaminases (ALAT et ASAT, TGP et TGO) ;

- Gamma glutamyl transférase (G.G.T.) ;

- Créatine phosphokinase (CPK) ;

- Lactate déshydrogénase (LDH).

PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :

- Protéine C réactive (CRP) ;

- Albumine ;

- Folates sériques ou érythrocytaires ;

- HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique) ;

- Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP) ;

- Ferritine ;

- Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur) ;

- Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;

- D-dimères ;

- Troponine ;
- Pro calcitonine ;
- Quantiféron ;
- Dosage de la 25 (OH)-vitamine D (D2 et D3) ;
- Haptoglobine ;
- Dosage vitamine B6 et B12 ;
- Pré albumine ;
- Electrophorèse des protéines sériques ;
- Amylasémie ;
- Cétonémie.

BIOCHIMIE :

- Glycémie ;
- Acide urique ;
- Phosphore minéral ;
- Calcium ;
- Urée ;
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI ;
- Créatinine avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault) pour surveillance des traitements et ajustement des doses ;
- Dosage de la bilirubine ;
- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) (aspect du sérum, cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL et le calcul du cholestérol-LDL) ;
- Bicarbonates ou CO₂ ;

- Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protéides totaux) ;
- Saturation en oxygène (SaO₂) ;
- Gaz du sang ;
- Ionogramme complet : VS, bilan martial, transferrine, coefficient de saturation de la transferrine ;
- Fer sérique ;
- Decarboxytransferrine (CDT).

DOSAGES MEDICAMENTEUX :

- Lithium ;
- Acide Valproïque ;
- Carbamazépine ;
- Clozapine ;
- Pic plasmatique et taux résiduel médicamenteux.

TOXICOLOGIE :

- Recherche de toxiques ;

PARASITOLOGIE :

- Recherche dans le sang et les selles.

II.-Examens urinaires

- Protéinurie ;
- Micro-albuminurie ;
- Ionogramme (potassium + sodium) ;

- Acétone ;
- Acide urique ;
- Calcium ;
- Créatinine ;
- Phosphore minéral ;
- PH ;
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine) ;
- Glycosurie ;
- Antigènes solubles urinaires légionnelle ;
- Electrophorèse et immunoélectrophorèse des protéines urinaires ;
- Urée ;
- Créatinine et calcul de la clairance de la créatine.

Recherche de produits toxiques

LISTE DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À RENOUVELER OU À ADAPTER POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI :

- Produits de santé

Le renouvellement et l'adaptation de la prescription initiale médicale peut, à l'appréciation du médecin prescripteur, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier en ce qui concerne :

- les médicaments à dispensation particulière conformément à l' article R. 163-2 du code de la sécurité sociale ;
- les produits sanguins labiles ou les produits dérivés du sang.

En ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.

En ce qui concerne les thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription peut, à l'appréciation du médecin, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier.

- Actes infirmiers uniquement dans le cadre du domaine d'intervention " Urgences " :

- actes de rééducation ;

- équipement de protection individuelle ;

- bons de transport ;

- arrêt de travail de moins de 7 jours.

ANNEXE 2 : Les protocoles ASALEE

Annexe 3 - ASALEE & Article 51

**Protocole de dépistage du patient diabétique de type 2
Protocole de suivi du patient diabétique de type 2**

Janvier 2012

Les professionnels adapteront la prise en charge à l'évolution des recommandations au cours du temps.

Actions du Déléгат Médecin généraliste	Actions du Déléгуé Infirmier(e) déléгуé(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
---	--	--

Mise en place dans le cabinet d'une **affiche** sur la possibilité de bénéficier d'un suivi Infirmier(e) pour un certain nombre de prises en charge :

- Dépistage patients diabétiques de type 2,
- Suivi patients diabétiques de type 2, incluant actes dérogatoires prescription, réalisation certains examens

Pour les patients dont le médecin traitant est un des médecins du cabinet

Volet dépistage de nouveaux patients diabétiques de type 2

Pour le **repérage des patients** à qui proposer un **dépistage**, l'Infirmier(e) constitue le groupe des patients à risque sur la base de données du cabinet et selon les critères suivants :

- glycémie : extraction des patients hyperglycémiques (glycémie à jeun >1,10 et < 1,26 g/L)
- ou patients de plus de 45 ans ET ((Indice de Masse Corporelle : IMC > 28) OU antécédents familiaux de diabète au 1er degré))

Puis elle positionne une alerte dans le dossier médical
Le cas échéant, elle prépare la prescription d'une glycémie après 12h00 de jeûne

Invitation par le déléгат du patient mis en alerte à **une rencontre avec l'Infirmier(e)**

1

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
Consentement éclairé du patient	<p>Un rendez-vous est pris avec l'Infirmier(e) pour une consultation.</p> <p>Cette consultation est organisée au cabinet mais également au domicile du patient, ou sur son lieu de vie habituel (uniquement pour les patients qui ne se déplacent pas)</p> <p>(rappel : si 2 glycémies > 1,26 g/L -> le patient passe dans le protocole suivi du diabétique)</p> <p>Lors de cette consultation, l'Infirmier(e) fait d'abord un diagnostic éducatif et concentre son intervention sur les aspects hygiéno-diététiques</p> <p>Une surveillance annuelle est mise en place (glycémie annuelle)</p>	

Pour les patients diabétiques de type 2 déjà connus ou « nouveaux »

<p>Le délégant peut si nécessaire être mobilisé pour aider à ce repérage.</p> <p>Il l'est systématiquement lors de la phase de mise en place du protocole, lorsque le délégué prend connaissance de l'utilisation concrète qui est faite dans le cabinet des concepts proposés par le logiciel de gestion utilisé.</p>	<p>Repérage dans la base de données du cabinet des diabétiques de type 2. Cette recherche s'effectue en multi-critères : majoritairement glycémie > à 1,26 g/L, patients sous anti-diabétiques oraux dont une liste en DCI et en nom de marques est fournie.</p> <p>Le cas échéant, unification de la description de ces diabétiques entre médecins d'un même cabinet dans le logiciel de gestion de cabinet (Diabt2, Dnid, etc...)</p> <p>Initialisation de la base de suivi nationale anonyme</p>
	<p>Par la suite, au fil de l'eau, intégration dans le système de suivi national ASALEE des résultats d'examen et, si nécessaire, après vérification dans le dossier, postage d'alerte dans le logiciel de gestion de cabinet si les examens à prescrire ne sont soit pas prescrits ou pas faits.</p>

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Invitation par le délégant du patient diabétique de type 2, au décours d'une consultation habituelle ou ponctuelle, à bénéficier d'un suivi avec volet éducatif par l'Infirmier(e) délégué(e).</p> <p>Consentement éclairé du patient</p>	<p>Possibilité d'invitation directe du patient par le délégué à bénéficier d'une prise en charge prévue.</p> <p>En ce cas, le délégant est aussitôt informé par le délégué de l'accord de principe donné par le patient. Le consentement du délégant à cette inclusion est par défaut.</p> <p>Prise de rendez-vous. Il s'agit ici du premier rendez-vous avec le délégué</p> <p>Consentement du patient qui adhère au volet dérogatoire du protocole en signant son adhésion</p> <p>Lors de la cette première consultation, réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un diagnostic éducatif • et d'un plan d'action personnalisé, <p>première étape formelle d'éducation thérapeutique</p> <p>Selon le diagnostic éducatif donc, certains sujets seulement seront abordés dès la première rencontre, les autres étant programmés pour les rencontres ultérieures</p> <p>Lors de la première consultation, également, le délégué assure une consultation de surveillance qui sera ultérieurement appelée de « routine » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérification de l'équilibre de la tension, • mesure du poids, • conformité des analyses labo (process et résultats), • compliance du patient aux traitements, observance, etc.... • le délégué est aussi amené à faire le point éducatif sur les effets indésirables, les techniques d'injection le cas échéant, etc... 	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
	<p>Lors de cette première consultation, et dans un mode dérogatoire, le délégué établit une prescription des examens à faire tenant compte de l'état du dossier médical et la signe (nota : dans un mode non dérogatoire, la prescription peut être en théorie préparée par l'Infirmier(e) mais elle serait relue, validée et signée par le médecin)</p> <p>Cette prescription comprend en fonction du référentiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dosage hbA1c • exploration des anomalies lipidiques • créatinémie – clairance à la créatinine • dosage micro albuminurie • électrocardiogramme • fond d'œil (ou rétinographie dans le cadre de micro-angiopathie) <p>et selon l'état du dossier médical.</p> <p>Il s'agit donc d'une prescription adaptée à la situation du patient considéré.</p> <p>Cette prescription est intégrée dans le logiciel de gestion de cabinet</p>	
<p>Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant voit le patient</p>	<p>En cas de symptômes aggravés du diabète, l'Infirmier(e) vérifie la glycémie capillaire et pour toute glycémie supérieure à 3 grammes ou inférieure à 0,70 gramme, l'Infirmier(e) en réfère immédiatement au médecin.</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant voit le patient</p> <p>Dans tous les cas, les ECG sont interprétés par un médecin dans la suite immédiate de la consultation du délégué</p> <p>Le médecin interprète l'ECG et, s'il le juge utile, voit le patient.</p>	<p>Le délégué réalise le cas échéant l'ECG de contrôle du patient.</p> <p>(Il est rappelé ici que le patient qui présente des troubles cardio-vasculaire consulte le médecin en première intention.)</p> <p>Le résultat est transmis immédiatement au médecin.</p>	
<p>Le médecin interprète l'ECG et voit le patient</p>	<p>Si, lors d'une rencontre au cours de laquelle l'Infirmier(e) n'avait pas prévu de faire un ECG de contrôle, le patient présente des signes cliniques, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • palpitation, troubles du rythme • douleur thoracique constrictive, • essoufflement du patient ou douleur thoracique d'effort. <p>L'Infirmier(e) prescrit et effectue un électrocardiogramme.</p> <p>L'Infirmier(e) en réfère immédiatement au médecin</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant voit le patient</p>	<p>Le délégué réalise le cas échéant l'examen des pieds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène • Aspects • Couleurs • Chaleurs • Zones calleuses • Prise du pouls pédieux et tibial postérieur • Ecartement des orteils • Examen approfondi des ongles • Test au monofilament • ... <p>L'Infirmier(e) détermine alors selon la gravité les étapes à suivre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat correct, rien à signaler, sinon les informations éducatives habituelles sont rappelées au patient, • Le cas échéant un recours à un pédicure peut être proposé, informant le patient sur les conditions financières de la prise en charge. L'Infirmier(e) fait alors l'ordonnance et la signe, • Toutes perturbations franches d'un examen jusque là normal entraîne alors une consultation du médecin <p>Si l'état est grave, début de mal perforant, nécrose... le médecin est aussitôt alerté</p>	
	<p>Toutes les données collectées sont consignées dans le dossier du patient.</p> <p>La consultation fait l'objet d'une évaluation formelle par le délégué, évaluation qui est consignée sur le site partagé de suivi.</p> <p>Les autres rencontres sont donc programmées en fin de consultation</p> <p>Le temps de rencontre est estimé à environ une heure, + 1/2 heure couvrant préparation et synthèse</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
		Au fil de l'eau, et selon ordonnance, le patient suit les examens habituels du patient diabétique : analyse labo, etc...
	Au fil de l'eau, intégration dans le système national des résultats d'examen et postage d'alerte (« post-it ») si nécessaire dans le logiciel de gestion de cabinet	
	Les rendez-vous de suivi routine et éducation ont été pris à l'issue de la 1 ^{ère} consultation, sous la responsabilité de l'Infirmier(e). Le cas échéant, si le patient a manqué un rendez-vous, le délégué peut être amené à prendre contact avec lui pour une intervention brève d'assistance.	
Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant voit le patient Dans tous les cas, les ECG sont interprétés par un médecin dans la suite immédiate de la consultation du délégué Le médecin interprète l'ECG et, s'il le juge utile, voit le patient	Les consultations de suivi ont le même contenu que la première consultation, avec le cas échéant, la réalisation des activités dérogatoires de prescription et/ou de réalisation et/ou de premier niveau d'interprétation des résultats d'examen selon les cas. Les mêmes critères d'alerte sont appliqués, ainsi que la procédure de recours aux médecins. Lors de ces consultations de suivi le délégué suit le plan d'action personnalisé Etp établi lors de la 1 ^{ère} consultation.	
	Toutes les données collectées sont consignées dans le dossier du patient Le temps de rencontre est estimé à 50 mn Il y a 4 rencontres par an et par patient diabétique de type 2.	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
	De façon continue, par auto- contrôle qualité Asalée , contrôle d'efficacité médicale (évolution hba1c, imc, tension, anomalie lipidique)	De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée , contrôle d'activité (nb de consultations, nb de suivis diabète) De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée, contrôle d'efficacité médicale (évolution hba1c, imc, tension, anomalie lipidique...)
Staff de debriefing avec le délégué – revue de l'ensemble des dossiers Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing	Staff de debriefing avec le délégant – revue de l'ensemble des dossiers / le délégant est en validation Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing	

Annexe 5 - ASALEE & Article 51

Protocole suivi patient & risque cardio-vasculaire

Janvier 2012

Les professionnels adapteront la prise en charge à l'évolution des recommandations au cours du temps.

Actions du Délégué Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) Délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Mise en place dans le cabinet d'une information générale sur la possibilité de bénéficier d'un suivi avec éducation pour une Infirmier(e) pour les patients à facteur de risque cardio-vasculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hypertension artérielle ; • hypercholestérolémie ; • tabac ; • patients sous anti-coagulant <p>avec indication de la possibilité d'inclusion dans une activité dérogatoire pour les ECG</p> <p>Pour les patients dont le médecin traitant est un des médecins du cabinet</p> <p>Le délégué peut si nécessaire être mobilisé pour aider à ce repérage.</p> <p>Il l'est systématiquement lors de la phase de mise en place du protocole, lorsque le délégué prend connaissance de l'utilisation concrète qui est faite dans le cabinet des concepts proposés par le logiciel de gestion utilisé.</p> <p>Il est rappelé ici que le patient qui présente des troubles cardio-vasculaire en phase aiguë consulte toujours le médecin en première intention.</p>	<p>Repérage dans la base de données du cabinet des patients à risque cardio-vasculaire.</p> <p>Ce repérage se fait en prenant soit deux facteurs de risque dont un modifiable, soit trois facteurs de risque ou plus. Ces facteurs de risque sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • âge H > 45 ans, F > 55 ans F • antécédents familiaux • tabagisme actif ou arrêt de moins de 3 ans ; • HTA certifiée ; • IMC > 28 ; • hyperlipidémie ; • HVG électrique si patient HTA ; • (exclut : diabète, insuffisance rénale chronique) <p>Ce repérage permet d'estimer le risque cardio-vasculaire selon l'équation de Framingham, fonction des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme, • cholestérol total, • HDL, • tension, • échocardiogramme, • âge, • genre. <p>Le cas échéant, unification de la description de ces patients entre médecins d'un même cabinet dans le logiciel de gestion de cabinet.</p> <p>Initialisation de la base de suivi nationale anonyme.</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) Délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Invitation par le délégant du patient à facteur de RCV, au décours d'une consultation, à bénéficier d'un suivi & éducation par l'Infirmier(e) Délégué(e). Cette invitation peut aussi s'appuyer sur le motif d'une modification de traitement justifiant par conséquent un programme éducationnel (anti - coagulant, hypotenseurs) Consentement éclairé du patient</p>	<p>Invitation directe par le délégué d'un patient à bénéficier de ce suivi & éducation.</p> <p>Cette invitation peut être faite auprès de patients avec lesquels un contact est en cours pour un autre protocole</p> <p>En ce cas, le délégant est aussitôt informé par le délégué de l'accord de principe donné par le patient.</p> <p>Le consentement du délégant à cette inclusion est par défaut.</p> <p>Prise de rendez-vous. (il s'agit ici du premier rendez-vous)</p> <p>Consentement du patient qui adhère au volet dérogatoire du protocole en signant son adhésion</p> <p>Lors de la cette première consultation, réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un diagnostic éducatif • et d'un plan d'action personnalisé, <p>première étape formelle d'éducation thérapeutique</p> <p>Cette étape vise, selon l'état de l'art : la connaissance du patient dans sa globalité, afin de faire émerger les interrogations du patient, ses attentes.</p> <p>Cinq dimensions sont abordées : cognitive (connaissance de la maladie, du traitement), biologique (pathologie, antécédents), socio professionnelle (profession, loisirs), psychoaffective (stade d'acceptation de la maladie), projective (projets source de motivation).</p> <p>Ces informations sont consignées dans le dossier.</p> <p>Ensuite sont abordés, le rapport du patient avec le médicament, les interférences alimentaires ou médicamenteuses, la conduite à tenir dans certaines situations.</p>	

Actions du Délégrant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) Délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
	<p>Lors de la première consultation, également, le délégué assure une consultation de surveillance qui sera ultérieurement appelée de « routine » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérification de l'équilibre de la tension, • mesure du poids, • conformité des analyses labo (process et résultats), • compliance du patient aux traitements, • observance, etc... <p>D'une façon générale, l'Infirmier(e) ne traite pas tous les sujets (hygiène, tabac, alcool, exercice physique, etc...) lors de cette première rencontre, mais les organise dans le temps, en fonction du diagnostic éducatif et des priorités et engagements que le patient est prêt à prendre</p> <p>Egalement, dans la constitution du dossier (données médicales) selon le cas, tout ou partie de ces données sera collectée dès la première rencontre.</p> <p>Toutes les données collectées sont consignées dans le dossier du patient</p>	

Actions du Délégrant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) Délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégrant voit le patient</p> <p>Dans tous les cas, les ECG sont interprétés par un médecin dans la suite immédiate de la consultation du délégué</p> <p>Le médecin interprète l'ECG et, s'il le juge utile, voit le patient.</p>	<p>Le délégué réalise le cas échéant l'ECG de contrôle du patient.</p> <p>(Il est rappelé ici que le patient qui présente des troubles cardio-vasculaires consulte le médecin en première intention.)</p> <p>Le résultat est transmis immédiatement au médecin.</p>	
<p>Le médecin interprète l'ECG et voit le patient</p>	<p>Si, lors d'une rencontre au cours de laquelle l'Infirmier(e) n'avait pas prévu de faire un ECG de contrôle, le patient présente des signes cliniques, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • palpitation, troubles du rythme • douleur thoracique constrictive, • essoufflement du patient ou douleur thoracique d'effort. <p>L'Infirmier(e) prescrit et effectue un électrocardiogramme ;</p> <p>L'Infirmier(e) en réfère immédiatement au médecin</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) Délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
	Pour les patients tabagiques, le délégué peut être amené à prescrire et réaliser une spirométrie. On se reportera au protocole « suivi patient tabagique » pour ce volet	
	En fin de consultation, programmation des contacts du suivi. Le temps de rencontre est estimé à 55 minutes	
	Le cas échéant, remise d'un appareil d'automesure tensionnelle et explication sur le fonctionnement C'est un appareil à relevé individuel avec carnet de relevé papier <i>Option : c'est un appareil à transmission automatique qui est remis, incluant possiblement également poids, ecg succinct</i>	Les données d'automesure sont relevées par le patient pour être remises en consultation ultérieure <i>Option: lorsque la transmission automatique est activée, il est alors possible de présenter des alertes selon des profils pré-établis, qui mobiliseront le délégué le cas échéant avant la prochaine consultation prévues avec le délégué</i>
	<i>Option : lorsque la transmission automatique est activée, et si une alerte est présentée, le délégué peut prendre l'initiative d'un contact téléphonique avancé avec le patient, et le cas échéant, mobiliser le délégant</i>	Par ailleurs, au fil de l'eau, et selon protocole, le patient suit les examens habituels du patient à risque cardio-vasculaire

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) Délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
	<p>Au fil de l'eau, intégration dans le système de suivi national des résultats d'examen et postage d'alerte (« post-it ») dans le logiciel de gestion de cabinet pour rappeler aux délégants le ou les examens qui doivent être refaits en application du protocole HAS</p> <p>Les rendez-vous de suivi routine & éducation ont été pris à l'issue de la 1^{ère} consultation Infirmier(e), sous la responsabilité de l'Infirmier(e).</p> <p>Ces rendez-vous ont un déroulement analogue à la première consultation, avec le volet dérogatoire éventuel concernant l'EKG</p> <p>Le délégué suit le plan d'actions personnalisé Etp établi lors de la 1^{ère} consultation Le temps de rencontre est estimé à 50 mn</p>	
	<p>Le cas échéant, le délégué peut être amené à rappeler le patient s'il en a manqué un, prendre contact avec lui pour une intervention brève d'assistance.</p>	
	<p>De façon continue, par auto-contrôle qualité Asalée, contrôle d'efficacité médicale (évolution imc, tension, anomalie lipidique)</p>	<p>De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée, contrôle d'activité (nb de consultations, nb de suivis rcva)</p> <p>De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée, contrôle d'efficacité médicale (évolution imc, tension, anomalie lipidique, tabac..)</p>
<p>Staff de debriefing avec le délégué – revue de l'ensemble des dossiers Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing</p>	<p>Staff de debriefing avec le délégant – revue de l'ensemble des dossiers / le délégant est en validation Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing</p>	

Annexe 4 - ASALEE & Article 51

Protocole suivi patient tabagique à risque BPCO

janvier 2012

Les professionnels adapteront la prise en charge à l'évolution des recommandations au cours du temps.

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
<p>Mise en place dans le cabinet d'une information générale sur la possibilité de bénéficier d'un suivi avec éducation par l'Infirmier(e) pour dépistage précoce et suivi des maladies respiratoires pour le patient tabagique par une Infirmier(e) délégué à la santé publique avec indication de la possibilité d'inclusion dans une activité dérogatoire pour la spirométrie Pour les patients dont le médecin traitant est un des médecins du cabinet.</p> <p>Le délégant peut si nécessaire être mobilisé pour aider à ce repérage.</p> <p>Il l'est systématiquement lors de la phase de mise en place du protocole, lorsque le délégué prend connaissance de l'utilisation concrète qui est faite dans le cabinet des concepts proposés par le logiciel de gestion utilisé.</p>	<p>Repérage dans la base de données du cabinet des patients à risque BPCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> patients de plus de 40 ans fumeurs ou anciens fumeurs : 20 paquets.année pour les hommes, 15 paquets.année pour les femmes <p>Le cas échéant, unification de la description de ces patients entre médecins d'un même cabinet dans le logiciel de gestion de cabinet.</p> <p>Initialisation de la base de suivi nationale anonyme.</p>	
<p>Invitation par le délégant du patient au décours d'une consultation, à bénéficier d'un suivi & éducation par l'Infirmier(e) délégué(e).</p> <p>Consentement éclairé du patient</p>	<p>Invitation directe par le délégué d'un patient à bénéficier de ce suivi & éducation. Cette invitation peut être faite auprès de patients avec lesquels un contact est en cours pour un autre protocole, notamment RCV En ce cas, le délégant est aussitôt informé par le délégué de l'accord de principe donné par le patient.</p> <p>Le consentement du délégant à cette inclusion est par défaut.</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
	<p>Prise de rendez-vous. (il s'agit ici du premier rendez-vous)</p> <p>Consentement du patient qui adhère au volet dérogatoire du protocole en signant sa charte d'adhésion</p> <p>Prescription et réalisation d'une spirométrie.</p> <p>Réalisation de l'exploration enregistrée de la fonction respiratoire (spirométrie) avec mesure de la capacité vitale forcée (CVF)</p> <p>Les résultats sont comparés par le spiromètre aux valeurs théoriques calculées (en prenant en compte l'âge, le sexe, la taille, le poids et d'autres paramètres...)</p> <p>Pour les patients traités, une deuxième mesure peut être effectuée après inhalation d'un broncho-dilatateur</p> <p>L'Infirmier(e) valide avec les données fournies par le spiromètre la conformité technique de l'examen, édite le rapport fourni par le spiromètre, et programme une consultation initiale avec le médecin traitant</p>	
Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant voit le patient	En cas de symptômes en dehors de l'examen clinique (exemple : douleur thoracique, dyspnée, palpitation) l'Infirmier(e) en réfère immédiatement aux médecins.	
Lors de la consultation de restitution des résultats de la première spirométrie, le médecin établit une concordance entre les résultats de l'examen réalisé par l'Infirmier(e), et la clinique. Il valide un point de référence pour les rencontres de suivi ultérieures avec l'Infirmier(e).		

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social ou patient
Il propose également le plan d'actions pour le patient : aide au sevrage tabagique, stimulation à l'activité physique, surveillance et signes d'alertes, connaissance du traitement et conduites à tenir, consultations spécialisées éventuelles		
Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant voit le patient	Lors de consultation ultérieure, soit une fois dans l'année, soit deux fois notamment pour suivre l'effet de la réduction ou de l'arrêt du tabac, l'Infirmier(e) assure l'examen spirométrique et la mesure de l'écart par rapport au point de référence. Elle commente également les rapports d'analyse proposés par le spiromètre. Ces mesures accompagnent le programme éducationnel de suivi du patient tabagique Encouragement à entreprendre un sevrage tabagique ; consultation hygiéno-diététique visant à renforcer les motivations à l'arrêt du tabac, ou au maintien de l'abstinence au tabac. En cas de symptôme en dehors de l'examen clinique (exemple : douleur thoracique, dyspnée, palpitation) l'Infirmier(e) en réfère immédiatement aux médecins	
	De façon continue, par auto-contrôle qualité Asalée, contrôle d'efficacité médicale (VEMS/CV)	De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée, contrôle d'activité (nb de consultations, nb de suivis bpc) De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée, contrôle d'efficacité médicale (VEMS/CV, etc..)
Staff de debriefing avec le délégué – revue de l'ensemble des dossiers Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing	Staff de debriefing avec le délégant – revue de l'ensemble des dossiers ; le délégant est en validation. Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing	

Annexe 6 - ASALEE & Article 51

Protocole repérage des troubles cognitifs
& consultation mémoire

Janvier 2012

Les professionnels adapteront la prise en charge à l'évolution des recommandations au cours du temps.

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social
<p>Mise en place dans le cabinet d'une information générale sur la possibilité de bénéficier d'une consultation mémoire, avec repérage des troubles cognitifs, avec indication de la classe d'âge concernée et du caractère dérogoatoire de l'intervention (75 ans) Pour les patients dont un des médecins est médecin traitant dans le cabinet</p>	<p>Mise en place d'un réseau de vigilance médico-social, permettant aux aides et intervenants à domicile de signaler des événements environnementaux ou personnels susceptibles d'évoquer un trouble cognitif : le délégué assure la présentation du réseau de vigilance aux acteurs médico-sociaux, la formation de ces derniers et le suivi</p>	<p>Ce réseau vient compléter l'action du réseau gérontologique existant qui peut lui-même être un effecteur de ce protocole</p>
<p>Invitation par le délégant du patient au décours d'une consultation habituelle ou ponctuelle, à bénéficier d'une consultation avec l'Infirmier(e).</p> <p>Consentement éclairé du patient</p>	<p>Invitation du patient,</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit directement, sur critères de type classe d'âge, • soit au décours d'une consultation pour autres motifs (diabète, rcv, automesure, etc...), • soit suivant alerte vigilance, <p>à bénéficier d'un repérage des troubles cognitifs.</p> <p>En ce cas, le délégant est aussitôt informé par le délégué de l'accord de principe donné par le patient.</p> <p>Le consentement du délégant à cette inclusion est par défaut.</p>	<p>Le cas échéant, alerte émanant du réseau de vigilance pouvant évoquer un trouble cognitif, notamment en cas de chute</p>

Actions du Délégué Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social
	<p>Réalisation en consultation mémoire de l'ordre de 50 minutes.</p> <p>Consentement du patient qui adhère au volet dérogatoire du protocole en signant son adhésion</p> <p>Ce repérage se fait en passant 7 tests conformément aux recommandations en vigueur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horloge ; • GDS ; • MMS ; • 5 mots ; • IADL ; • EDF ; • NPI. <p>Le test est déclaré positif sur les critères suivants de seuil propres à chacun des tests : (MMSE<=25) Ou (Horloge <=9) Ou (GDS>=5) Ou (IADL>=2) ou (EDF>=3) ou (NPI >2)</p> <p>Rédaction d'un bilan en fin de consultation, et, selon les résultats des tests (positifs/négatifs) proposition d'une rencontre avec le médecin</p> <p>Le bilan tient compte du niveau socio-culturel et des compétences antérieures.</p>	
<p>Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégué est immédiatement prévenu</p>	<p>Si à l'occasion de la consultation mémoire le patient présente un état de confusion ou autres troubles psychiques, (par exemple idée délirante, syndrome dépressif, ...) l'Infirmier(e) en réfère immédiatement au médecin.</p> <p>Il en est de même de l'association de déficit du MMS associé à un GDS élevé</p> <p>Si l'Infirmier(e) relève un risque suicidaire, elle en réfère d'urgence au médecin.</p>	

Actions du Délégant Médecin généraliste	Actions du Délégué Infirmier(e) délégué(e) à la santé populationnelle	Actions autres professionnels de santé ou social
	La consultation peut être organisée également au domicile du patient, ou sur son lieu de vie habituel (uniquement pour les patients qui ne se déplacent pas) Cette consultation a lieu toujours aux heures d'ouverture du cabinet	
Le cas échéant, si un critère d'alerte est positif, le délégant est immédiatement prévenu	Si, alors que la rencontre de repérage de troubles cognitifs, a lieu au domicile, et qu'à cette occasion, le patient présente un état de confusion ou autres troubles psychiques, (par exemple idée délirante, dépression, ...) l'Infirmier(e) en réfère immédiatement au médecin. Il en est de même de l'association de déficit du MMS associé à un GDS élevé Si l'Infirmier(e) relève un risque suicidaire, elle en réfère d'urgence à un médecin.	
Le délégant décide de la prise en charge ultérieure en lien avec le médecin spécialiste conformément aux recommandations en vigueur		
	Prise de rendez-vous suivant prise en charge recommandée et information au réseau de vigilance sociale et/ou le cas échéant au réseau gérontologique	Atelier mémoire, bilan spécialisé, éventuellement mobilisation du réseau gérontologique.... etc. De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée , contrôle d'efficacité médicale, notamment taux de patients repérés
Staff de debriefing avec le délégué – revue de l'ensemble des dossiers Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing	Staff de debriefing avec le délégant – revue de l'ensemble des dossiers / le délégant est en validation Les Evénements Indésirables sont revus et analysés lors du staff de debriefing	De façon continue, par le contrôleur qualité Asalée, contrôle d'efficacité médicale , taux de patients repérés

ANNEXE 3 :

Guide d'entretiens semi-directifs des médecins faisant partie du dispositif ASALEE dans le Haut-Rhin.

Entretiens semi-directifs, enregistrés au dictaphone

1. Epidémiologie :

- Quel âge avez-vous ?

- Dans quel type de structure exercez-vous ?

- Exercez-vous dans un milieu urbain, semi-rural ou rural ?

- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

- Quelle est la taille de votre file active et le nombre de patients déclarés en médecin traitant ?

- Combien de temps en moyenne consacrez-vous pour une consultation ?

2. ASALEE :

- Comment avez-vous connu le dispositif ASALEE ?

- Quelles ont été vos motivations pour y participer ?

- Depuis combien de temps y participez-vous ?
- Quels patients adressez-vous à l'infirmière ASALEE ?
- Quelles tâches délégez-vous parmi celles-ci :

Le dépistage et le suivi du patient diabétique de type 2 :

- les conseils hygiéno diététiques
- rédaction et signature de prescriptions des examens (HBA1C, microalbuminurie, dosage du cholestérol, créatinémie, fond d'oeil)
- prescription et réalisation des ECG
- la prescription de soins de pédicurie,
- réalisation et interprétation des examens des pieds avec monofilament

Le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant la prescription et la réalisation des ECG : (suivi TA, poids, microalbuminurie, prévention et règles hygiéno diététiques, ...

Le suivi du patient tabagique à risque BPCO :

- la prescription, réalisation et interprétation de spirométrie
- la prescription des substituts nicotiques

La consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées

- Comment échangez-vous avec l'infirmière ASALEE ? Est-ce que ce temps d'échange est rémunéré ?
- Est-ce que le dispositif ASALEE vous engendre des frais non pris en charge par l'association ?
- Est-ce que vous êtes satisfait de déléguer ses tâches ou au contraire êtes-vous frustré de ne plus les faire ?
- Sur quels points particuliers êtes-vous satisfait du dispositif ASALEE ?
- Avez-vous rencontré des difficultés au sein du dispositif ASALEE ?
- Selon vous, travailler avec l'infirmière ASALEE améliorerait la prise en charge de vos patients ?
- Est-ce que vous trouvez que travailler avec une infirmière ASALEE vous libère du temps pour voir davantage de patients ?
- Quelles tâches supplémentaires souhaiteriez-vous déléguer à l'infirmière ASALEE ?
Avez-vous des propositions de nouveaux protocoles ?

3. Infirmières en pratiques avancées (IPA) :

- Est-ce que vous avez déjà fait des recherches sur le métier de IPA ?
- Etes-vous prêt à déléguer à une IPA les missions de prévention, dépistage et suivi des pathologies chroniques stabilisées parmi celles-ci :
 - accident vasculaire cérébral

- artériopathies chroniques
 - cardiopathie, maladie coronaire
 - diabète de type 1 et de type 2
 - insuffisance respiratoire chronique
 - maladie d'Alzheimer et autres démences
 - maladie de Parkinson
 - épilepsie
-
- Quelles tâches ne souhaitez-vous pas déléguer qui sont pourtant dans leur champ de compétence ? Pour quelles raisons ?
 - Craignez-vous que votre responsabilité soit engagée concernant la prise en charge réalisée par l'IPA ?
 - Selon vous, travailler avec une IPA améliorerait la prise en charge de vos patients ?
 - Est ce que vous pensez que l'IPA vous libérera du temps pour voir davantage de patients ? Si cela est le cas, êtes-vous prêt à vous engager à augmenter votre patientèle adulte médecin traitant ?
 - Au contraire, craignez-vous que la supervision d'une IPA augmente votre charge de travail ?
 - Craignez-vous que l'IPA soit une certaine concurrence dans votre travail ?

- A terme, craignez-vous une complexification des consultations du médecin généraliste en déléguant à l'IPA, les missions de prévention, de suivi des pathologies stabilisées ?
- Etes-vous prêt à vous engager à salarier une IPA compte tenu des aides financières du gouvernement ?

4. Assistants médicaux (AM) :

- Est-ce que vous avez déjà fait des recherches sur le métier d'AM ?
- Souhaitez-vous déléguer des tâches administratives à un AM ?
- Souhaitez-vous avoir une aide d'un AM dans la préparation et le déroulement des consultations
- Selon vous, travailler avec un AM améliorerait la prise en charge de vos patients ?
- Est-ce que vous pensez que l'AM vous libérerait du temps de travail pour voir davantage de patients ?
- Quelles tâches ne souhaitez-vous pas déléguer qui sont pourtant dans leur champ de compétence ? Pour quelles raisons ?
- Est ce que les aides financières proposées par l'Etat sont un levier pour embaucher un AM ?
- Êtes-vous prêt à vous engager à augmenter la taille de votre patientèle adulte médecin traitant en travaillant avec un AM ?

- Etes-vous prêt à vous inscrire dans une démarche d'exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé) ?
- 5. Quelle profession parmi les 3 citées (IPA, AM, ASALEE) serait la plus adaptée pour vous aider dans votre pratique ? Pourquoi ?
- 6. Avez-vous un local disponible pour accueillir une IPA ou une AM ?

Bibliographie :

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
2. Professeur Yvon BERLAND. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003. Disponible sur:
https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/034000619.pdf
3. HAS. Délégation, transfert, nouveaux métiers. [Internet]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf
4. Article 131 - LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001461809
5. Pr Yvon Berland, Dr Yann Bourgueil. ONDPS. « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». 2006.
6. Article L4011-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897405/2009-07-23
7. Article L4301-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515659
8. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.
9. Ma santé 2022 : point d'étape des mesures d'accès aux soins – Dossier de presse. 2019.[Internet].Disponible sur:
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf
10. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007.
11. HAS. Les protocoles de coopération. art 51. Bilan du dispositif 2014. 2015. [Internet]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf

12. ARS. Grille protocole de coopération ASALEE. 2012. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/media/41995/download?inline>
13. Nicole BOHIC, Agnès JOSSELIN, Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER, Hamid SIAHMED. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Tome 2. 2021. [Internet]. Disponible sur:
https://www.apmnews.com/documents/202201041839440.TOME_2.pdf
14. Asalée. Asalée, vous connaissez ? [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur:
<http://asalee.org/>
15. Conseil national de l'ordre des infirmiers. Infirmière de Pratique avancée en France. Position du conseil national de l'ordre des infirmiers. 2017. [Internet]. Disponible sur:
https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf
16. Article R4301-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044248288
17. Assurance Maladie. Exercice des infirmiers en pratique avancée. 2023. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
18. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038934376/>
19. Assurance Maladie.. Cabinets libéraux : aide à l'emploi d'assistants médicaux. 2023. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
20. Convention collective du Personnel des Cabinets Médicaux. Assistants médicaux.

Convention collective nationale. 2022. [Internet]. Disponible sur:

<https://ccn-cabinets-medicaux.fr/assistants-medicaux>

21. Simon-Delavelle F, Viossat LC. La formation des assistants médicaux.
22. Lucie Piette. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine. Université de Montpellier. 2018; 23 p.
23. Romain Py. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE. Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. Thèse de médecine. Université de Limoges ; 2015, 98 p.
24. Aurélien Prato. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. Thèse de médecine. Université de Lorraine. 2018. 44 p.
25. Anissa Afrite, Carine Franc, Julien Mousquès (Irdes). Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. Questions d'économie de la santé. N°239. Février 2019.
26. Hélène Vantilcke. Déterminants d'intégration des médecins généralistes dans le dispositif ASALEE. Thèse de médecine. Université de Lyon sud ; 2020, 37 p.
27. Laure-Emmanuelle Benazet-Lacarre. Communication entre médecins et infirmiers dans le cadre de l'exercice coordonné pluriprofessionnel : Exemple du dispositif ASALEE. Thèse de médecine. Université de Dijon. 2020, 51 p.
28. Conseil départemental de Saône-et-Loire. Convention ASALEE. 2020. [Internet]. Disponible sur:
https://www.saoneetloire71.fr/fileadmin/Espace_presse/2020/AD/17-18_decembre/02-Commission_solidarites.pdf
29. Julie Gilles de La Londe, Anissa Afrite, Julien Mousquès (Irdes). La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Questions d'économie de la santé. N°264. Décembre 2021.

30. Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Engin Yilmaz (IRDES). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. 2008. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf>
31. Jean De Kervasdoué. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE. CNAM; 2010.
32. Christophe Loussouarn, Carine Franc, Yann Videau, Julien Mousquès (Irdes). La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Questions d'économie de la santé. N°241. Avril 2019.
33. Cécile Fournier, Isabelle Bourgeois, Michel Naiditch (Irdes). Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé. N°232. Avril 2018.
34. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group. Thèse de médecine. Université de Bordeaux. 2020. 127 p.
35. Sophie Massin, Alain Paraponaris, Marion Bernhard, Pierre Verger, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Bruno Ventelou. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. 2014. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.unassi.fr/files/medias/documents/documents/18032014095328211etude-dree-s-medecins-generalistes-et-cooperation-avec-les-infirmiers.pdf>
36. Marie-Laure Delamaire et Gaetan Lafortune (OCDE). Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Disponible sur:
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

37. Ministère de la santé et de la prévention. Mon soutien psy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue. [Internet]. Disponible sur:
<https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>
38. Jean-David Broissiat. Apport des assistants médicaux pour le médecin généraliste en cabinet : Enquête auprès de huit médecins exerçant en Auvergne. Thèse de médecine. Université de Clermont Auvergne. 2022. 42 p.
39. Raphaël Abt. Assistant médical en France : l'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches : les freins concernant son intégration au système de santé. Thèse de médecine. Université de Limoges. 2020; 80 p.
40. Louise Luan, Cécile Fournier, Anissa Afrite (Irdes). Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. Questions d'économie de la santé. N°277. Avril 2023.
41. Anne-Sophie Nagy. Partage de suivi de leurs patients par les médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé: freins et conditions facilitatrices. Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2016. 122 p.
42. Dominique Bertrand , Claudine Bergoignan-Esper, Marie-Germaine Bousser, Jacques Caton, Thierry Hauet, Jean-Roger Le Gall, et al. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIe siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente. Bull Académie Natl Médecine. juin 2023;207(6):706-13.
43. Article R4301-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925580
44. HAS. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques. 2007. [Internet]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf
45. Jean-François Colmas. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale. Thèse de médecine. Université de Nice. 2019; 55 p.

46. Justine Dubus. Comment les cabinets médicaux de groupe se sont organisés pour accueillir un assistant médical ? Étude qualitative en région Grand-Est. Thèse de médecine. Université de Reims. 2022; 64 p.
47. Assurance Maladie. Assistants médicaux : un levier pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires. 2022. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/assistants-medicaux-un-levier-pour-renforcer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>
48. HAS. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé. 2007 [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf
49. Assurance Maladie. Structures de santé pluriprofessionnelles. 2023. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles>
50. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.
51. ReAGJIR. Assistants Médicaux. Disponible sur: <https://reagjir.fr/assistants-medicaux/>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BERCOT Prénom : Hélène

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À laulzen, le 28/11/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : La délégation de tâches en médecine générale est un des leviers pour pallier la diminution de l'offre de soins en France. L'objectif de cette étude est de recueillir l'opinion des médecins généralistes concernant la délégation de tâches en médecine générale à travers le dispositif Action de santé libérale en équipe (ASALEE), ainsi que leur opinion concernant les nouveaux métiers de la délégation de tâches qu'exercent les infirmières en pratiques avancées (IPA) et les assistants médicaux (AM).

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative en interrogeant huit médecins généralistes faisant partie du dispositif ASALEE dans le Haut-Rhin à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé.

Résultats : Notre étude montre que les médecins généralistes interrogés sont satisfaits de leur coopération avec les infirmières faisant partie du dispositif ASALEE qui leur permet d'améliorer la prise en charge des patients à travers l'éducation thérapeutique du patient et de leur libérer du temps médical. Ils apprécient le confort d'exercice et l'avantage que confère le salariat de l'infirmière par le dispositif ASALEE. Notre étude montre que les médecins n'exploitent pas entièrement les compétences des infirmières ASALEE par méconnaissance des protocoles mais aussi par un manque de temps de consultation de l'infirmière et enfin, dans une moindre mesure, une volonté de garder la main sur la prescription.

Concernant les autres formes de délégation de tâches que sont les IPA et AM, les médecins pensent qu'ils peuvent libérer du temps médical et améliorer la prise en charge des patients mais ils ont des réticences à travailler avec eux. En effet, ils ont une volonté de garder leur rôle de médecin généraliste assurant le suivi des patients et de coordinateur dans le parcours de soins. Ils craignent également une modification de la relation médecin-patient. Les médecins craignent que leurs responsabilités soient engagées en cas d'erreur médicale de l'IPA. La coopération avec les IPA libérales modifie l'activité des médecins et remet en question la rémunération des médecins généralistes.

Malgré le confort d'exercice en déléguant à l'AM les tâches administratives et la préparation de la consultation, le coût et les contraintes du salariat sont un frein à son embauche. La problématique des locaux est un frein supplémentaire.

Conclusion : Les médecins sont satisfaits de déléguer des tâches à travers le dispositif ASALEE, mais sont réticents à déléguer aux IPA et AM. Il serait intéressant de réaliser une étude sur les déterminants qui pourraient rendre plus attractifs les IPA et AM dans le secteur libéral.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Délégation de tâches, éducation thérapeutique, infirmières pratiques avancées, assistants médicaux, libération temps médical, amélioration prise en charge des patients

Président : Professeur Kessler Laurence

Assesseurs : Docteur Fluhr Louise, Docteur Schmitt Yannick, Docteur Abegg Cécile

Auteur : Berçot Héléna - Université de Strasbourg