

2022-2023

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en Médecine générale**

**COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES ET INFIRMIÈRES AU SEIN  
DU DISPOSITIF ASALÉE : EXPLORATION  
DES DIFFICULTÉS DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES EN PAYS DE LA LOIRE  
DANS LE PROTOCOLE TABAC-BPCO**

**ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

**ROBERT Julie**

Née le 02/04/1993 à ANGERS (49)

**Sous la direction de M. CORMIER Jean-Luc**

Membres du jury

Professeur ANGOULVANT Cécile | Président

Docteur CORMIER Jean-Luc | Directeur

Docteur GOUPIL François | Membre

Docteur GUELFF Jessica | Membre

Soutenue publiquement le :  
19 octobre 2023



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Robert Julie  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **12/05/2023**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque »

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** :  
Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine

CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine

KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
Laurent		
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine

RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine

BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Pharmacie
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Pharmacie
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie

LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

## AUTRES ENSEIGNANTS

**PRCE**

AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE- REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

Je remercie ma famille, mes parents et ma sœur de m'avoir soutenue tout au long de mes études.

Je remercie tous les médecins et infirmières qui ont accepté de participer à ma thèse, du projet au jury en passant par les entretiens ainsi que mon directeur de thèse. Merci de m'avoir fait avancer pour pouvoir enfin me présenter non seulement comme la remplaçante d'until mais comme Docteur à part entière.

Je remercie mes amis de médecine et d'ailleurs d'avoir apporté de la joie, du rire et de la bonne humeur dans les bons et les mauvais moments.

Je remercie François d'avoir relu la thèse et de m'avoir écoutée m'en réjouir ou m'en plaindre.

Je suis heureuse de pouvoir tourner une page pour en commencer des nouvelles. Et surtout, on va enfin pouvoir déboucher les bouteilles prévues pour l'évènement !

Merci !

## Liste des abréviations

ASALEE	Action de Santé Libérale en Equipe
BPCO	Bronchopathie Chronique Obstructive
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
ECG	Electrocardiogramme
HAS	Haute Autorité de Santé
IDSP	Infirmière déléguée à la santé publique
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
GOLD	Global Organisation for Lung Disease
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

# PLAN

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1. <b>Point sur la BPCO. ....</b>	<b>1</b>
2. <b>Point sur le protocole tabac BPCO du dispositif Asalée. ....</b>	<b>2</b>
3. <b>Objectif de l'étude.....</b>	<b>2</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>4</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>5</b>
1. <b>Difficultés du médecin en lien avec le repérage du patient fumeur ou suspect BPCO.....</b>	<b>6</b>
1.1. <b>Problématique pour aborder le sujet « Tabac ».....</b>	<b>6</b>
1.1.1.    Le tabac est un sujet délicat pour le patient. ....	6
1.1.2.    Les symptômes sont banalisés par le patient.....	6
1.1.3.    Le tabac est souvent hors sujet de la consultation pour le patient et pour le médecin.....	7
1.1.4.    Les consommations du patient évoluent. ....	7
1.2. <b>Influence de l'implication du médecin.....</b>	<b>8</b>
1.2.1.    Affinités de travail du médecin.....	9
1.2.2.    Sensibilité du médecin sur le sujet tabac. ....	10
1.2.3.    Convictions sur le dépistage de la BPCO. ....	11
1.3. <b>Le sentiment d'efficacité du médecin. ....</b>	<b>12</b>
1.3.1.    Autour du rapport résultat / temps de consultation.....	12
1.3.2.    Implications en fonction des motivations médecins-patients. ....	13
2. <b>Difficultés du médecin pour proposer Asalée. ....</b>	<b>14</b>
2.1. <b>Bien présenter l'infirmière. ....</b>	<b>14</b>
2.1.1.    Clarifier son travail. ....	14
2.1.2.    Valoriser son travail.....	14
2.1.3.    Préserver la liberté du patient et informer le patient .....	16
2.1.4.    Proposer au bon moment .....	18
2.2. <b>Difficultés du médecin autour du contexte bio-psychosocial du patient. ....</b>	<b>19</b>
2.2.1.    Difficultés autour de la disponibilité du patient. ....	19
2.2.2.    Difficultés autour de la personnalité du patient.....	19
2.2.3.    Difficultés en lien avec la relation patient- médecin.	20
3. <b>Difficultés du médecin dans l'application du protocole tabac BPCO. ....</b>	<b>21</b>
3.1. <b>Travailler en équipe. ....</b>	<b>21</b>
3.1.1.    Difficultés à déléguer. ....	21
3.1.2.    S'adapter au travail de l'autre. ....	23
3.2. <b>Implication de l'infirmière. ....</b>	<b>24</b>
3.2.1.    Faire preuve d'autonomie, d'initiative et de disponibilités. ....	24
3.2.2.    Influence de l'infirmière. ....	24
3.3. <b>Spécificités de la BPCO. ....</b>	<b>25</b>
3.3.1.    Diagnostiquer la maladie.....	25
3.3.2.    Suivre les patients BPCO.....	25

<b>4.</b>	<b>Amélioration du dispositif Asalée.</b>	<b>27</b>
<b>4.1.</b>	<b>Autour du repérage du patient.</b>	<b>27</b>
4.1.1.	Dépister plus.	27
4.1.2.	Questionnement sur la prise de rendez-vous pour le patient.	28
<b>4.2.</b>	<b>Autour de l'utilisation du dispositif Asalée.</b>	<b>29</b>
4.2.1.	Faciliter la prise en charge.	29
4.2.2.	Réflexion sur la consultation à 3.	30
<b>DISCUSSION</b>		<b>33</b>
<b>1.</b>	<b>Forces et limites de l'étude.</b>	<b>33</b>
<b>1.1.</b>	<b>Les forces.</b>	<b>33</b>
<b>1.2.</b>	<b>Les limites.</b>	<b>33</b>
<b>2.</b>	<b>Principaux résultats.</b>	<b>34</b>
<b>3.</b>	<b>Comparaison avec la littérature et perspectives.</b>	<b>35</b>
<b>3.1.</b>	<b>BPCO et dispositif Asalée.</b>	<b>35</b>
3.1.1	Les contraintes logistiques de la BPCO avec le dispositif Asalée.	35
3.1.2	Les contraintes de sensibilisations autour du repérage et de la prise en charge de la BPCO.	35
<b>3.2</b>	<b>Tabac et dispositif Asalée.</b>	<b>36</b>
3.2.1	L'entretien motivationnel.	36
3.2.2	Le sentiment d'efficacité personnel.	37
<b>3.3</b>	<b>La question des consultations à 3.</b>	<b>38</b>
<b>4.</b>	<b>Perspectives.</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION</b>		<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>40</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>		<b>42</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>		<b>43</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>		<b>44</b>
<b>ANNEXE I : GRILLE COREQ</b>		<b>I</b>
<b>ANNEXE II : QUESTIONNAIRES</b>		<b>IV</b>

# INTRODUCTION

Le dispositif Asalée (Action de SAnté Libéral en Equipe) est une collaboration entre un médecin généraliste et une infirmière. Il a été créé pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques et pour libérer du temps médical dans les zones faiblement dotées en médecins généralistes. Les infirmières Asalées sont des infirmières de santé publique. Elles jouent un rôle principal d'éducation thérapeutique. Elles ne font pas de soin (pansement, prise de sang). Elles consultent en parallèle du médecin et le plus souvent à sa demande, avec l'accord du patient. Le médecin ne gagne pas d'argent lorsqu'il envoie un patient à l'infirmière Asalée. En revanche, il gagne de l'argent sur le temps de coordination avec l'infirmière. Le financement est réalisé par l'Assurance maladie. La consultation avec l'infirmière Asalée est gratuite pour le patient.

En France, l'association Asalée est au départ le projet d'un groupe de médecins généralistes qui a débuté dans le département des Deux-Sèvres en 2004. En 2012, Asalée sort du cadre expérimental lorsque l'association propose des protocoles standardisés à la Haute Autorité de Santé (HAS). Progressivement, l'association devient nationale.(1) En 2022, le réseau concerne environ 1792 infirmières et 7801 médecins.(2) Quelques études ont déjà été menées pour évaluer ce dispositif et les résultats sont positifs.(3) Des thèses de méthodes qualitatives ont également été réalisées et font remonter une prise en charge tout à fait nouvelle pour le patient. Il se sent souvent plus écouté et plus libre de s'exprimer sur sa maladie et sur ses questionnements.(4)

En pratique, le médecin peut adresser ses patients à l'infirmière Asalée s'il le juge utile à l'intérieur de quatre protocoles : diabète, maladies cardiovasculaires, tabac BPCO et troubles cognitifs. Parmi l'ensemble des protocoles, celui de la BPCO et du sevrage tabagique semble parmi les moins exploités.(5)

Pourtant, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la bronchopathie chronique obstructive a entraîné 3,23 millions de décès dans le monde en 2019. Elle est la 3<sup>e</sup> cause de décès derrière les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux. Dans environ 80 % des cas, elle est attribuable au tabac d'après Santé Publique France. La mortalité liée au tabac est estimée à 75 000 décès évitables par an en France (chiffres de 2015, derniers en date de Santé Publique France). En 2022, d'après Santé publique France, trois adultes (18-75 ans) sur dix fument. En 2021, six fumeurs sur dix souhaitent arrêter de fumer.

## 1. Point sur la BPCO.

La BPCO est une pathologie des voies respiratoires liée à un épaississement inflammatoire des bronches. L'inflammation crée une hypersécrétion réactionnelle de mucus qui obstrue les alvéoles où ont lieu les échanges gazeux. Progressivement, les alvéoles sont détruites : c'est l'emphysème.

La BPCO entraîne des symptômes variés comme un essoufflement, une toux chronique, des crachats et de la fatigue. Ces symptômes évoluent d'abord à bas bruit mais peuvent progresser jusqu'à impacter le quotidien du patient. Les patients sont alors exposés à une dégradation de leur qualité de vie qui évolue vers la sédentarité, l'anxiété, la dépression et les troubles

cognitifs(6). Selon un sondage auprès de 356 patients atteints de BPCO, 74 % admettent rencontrer des difficultés à monter deux étages et 50 % à lacer leurs chaussures. (7)

En termes de coûts de santé en 2011, l'assurance maladie estime une dépense de 5500 € en moyenne par an et par patient BPCO dont 45,5 % expliqués par les hospitalisations.(8) Ces estimations ne prennent pas en compte le coût indirect lié à la limitation de l'activité professionnelle de ces patients.

Concernant la prise en charge médicale, il n'existe pas à ce jour de traitement curatif de la BPCO. En revanche, il est possible d'agir sur la progression de la maladie. Le premier traitement est l'arrêt du tabac et la lutte contre la sédentarité avec la réhabilitation à l'effort. Ensuite, la lutte contre la fragilité du patient avec la vaccination (grippe et pneumocoque) et le traitement des comorbidités. Les symptômes peuvent être soulagés par la prise de traitements bronchodilatateurs et, dans certains stades, par la corticothérapie. Dans le stade sévère de la maladie, le patient a besoin d'oxygène parfois 24h/24. Ces mesures peuvent être favorisées si le patient est diagnostiqué avec un examen du souffle, la spirométrie, avant et après bronchodilatateur.

La spirométrie peut se réaliser chez le pneumologue, chez le médecin traitant ou chez tous professionnels de santé formés et équipés pour la réaliser. Le médecin traitant est le premier recours du patient notamment lorsqu'il perçoit les symptômes de la maladie. Il est donc le mieux placé pour diagnostiquer et dépister la maladie. Remarque, par définition, un dépistage est la réalisation d'un test lorsque le patient n'est pas symptomatique. Dans le diagnostic, précoce ou non, le patient a des symptômes lorsque l'on réalise le test.

## **2. Point sur le protocole tabac BPCO du dispositif Asalée.**

Dans le protocole tabac BPCO, l'infirmière Asalée fait de l'aide au sevrage tabagique. Elle peut être amenée à utiliser un test au monoxyde de carbone. Elle prescrit les substituts, repère les risques de comorbidités et fait du repérage de la BPCO par spirométrie. Dans le protocole, tous les patients de plus de 40 ans avec une exposition tabagique de 20 paquets-année pour l'homme et de 15 paquets-année pour la femme peuvent aller voir l'infirmière Asalée.

En pratique, c'est au médecin généraliste de repérer le patient fumeur ou symptomatique et de lui proposer de voir l'infirmière Asalée. Ensuite, l'infirmière peut continuer le suivi du patient en fixant avec lui la fréquence des rendez-vous. Ensuite, si l'infirmière a fait une spirométrie elle l'a fait lire au médecin qui diagnostique ou non une BPCO. L'infirmière et le médecin continuent de suivre le patient ensemble. Une des différences entre la consultation de l'infirmière et celle du médecin généraliste est le temps passé avec le patient. D'après un rapport de la HAS de 2014, l'infirmière passe en moyenne 47 min avec le patient contre 15 min pour le médecin.(5)

## **3. Objectif de l'étude.**

La BPCO est sous diagnostiquée notamment aux stades précoce de la maladie, lorsque le patient est peu symptomatique. D'après la cohorte « Constances » qui suit 200 000 adultes depuis 2009, 64 % des patients qui ont un trouble ventilatoire obstructif ne sont pas diagnostiqués.(9) Les études sur le dépistage et le diagnostic de la BPCO au cabinet de médecine générale montrent que les freins à sa réalisation sont en lien avec deux types de contraintes. Il y a des contraintes

logistiques (manque de temps, coût des appareils) et des contraintes de sensibilisations (manque de connaissance des médecins généralistes, mauvaise perception de la maladie, patients réticents). (10)

L'une des missions de l'infirmière Asalée est justement de prendre le temps avec le patient et de réaliser elle-même les spirométries sans surcoût pour le médecin. On peut dès lors supposer que le nombre de spirométries chez les médecins Asalées devrait être élevé. Pourtant, les infirmières Asalée en Sarthe ont fait environ 95 spirométries sur l'année 2019. Ce chiffre représente environ 2,2 actes par médecin et par année. En 2014, d'après le rapport de l'HAS, la répartition des patients suivi par l'infirmière était d'un tiers pour le diabète, 43 % pour les risques cardiovasculaires, 9 % pour les troubles cognitifs et seulement 6 % pour la BPCO.(3)

L'objectif principal de cette thèse a été d'explorer les difficultés que le médecin généraliste peut rencontrer sur le protocole « BPCO et sevrage tabagique » dans la coopération Asalée. L'objectif secondaire a été d'en rechercher les pistes d'amélioration.

## MÉTHODES

L'objectif de l'étude était d'explorer les difficultés du médecin généraliste dans un protocole en questionnant leur vécu sur le sujet. La recherche était donc qualitative.

Concernant la population étudiée, le critère d'inclusion était le médecin généraliste exerçant en Pays de la Loire. Plus précisément, les médecins exerçaient dans les départements de Sarthe, Vendée et Loire Atlantique. Ce sont les départements de la région les plus évolués sur le plan Asalée. Les médecins devaient participer au dispositif Asalée depuis plus de 2 ans, car c'est souvent le temps nécessaire pour l'organisation du binôme.(11) Le recrutement a été réalisé par mail, ou par téléphone soit par l'intermédiaire du secrétariat médical, soit par l'intermédiaire des infirmières Asalées.

L'échantillon était construit en recherche de variation maximale sur l'âge du médecin, le mode d'exercice, le lieu d'exercice, et la durée d'exercice quotidien de la médecine (année de thèse et année d'installation). Il s'est construit au fur et à mesure jusqu'à saturation des données. Il était toujours possible pour l'interrogé de revenir sur sa décision. Une rétroaction a été proposée auprès des participants.

Pour libérer la parole de l'interrogé sur ses pratiques, le recueil de données a été fait à partir d'un guide d'entretien individuel semi-dirigé en présentiel dans la mesure du possible. Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des données de la littérature et des hypothèses sous-jacentes. Un entretien test a été effectué pour pouvoir adapter le guide même si d'autres remaniements ont été effectués durant l'étude. Le premier questionnaire et le dernier questionnaire sont joints ci-dessous en annexe. Le guide d'entretien comportait une partie épidémiologique puis des questions ouvertes. Les premières questions interrogeaient la sensibilité du médecin sur le sujet tabac-BPCO. Ensuite, les questions exploraient les difficultés que le médecin peut rencontrer lorsqu'il introduit l'infirmière Asalée au patient. Puis, il était question des difficultés lors du suivi du patient en coopération. Enfin, si le médecin n'en avait pas encore parlé, les questions sondait le ressenti du médecin sur sa prise en charge du patient fumeur BPCO depuis Asalée ainsi que les pistes d'amélioration possibles du dispositif. Les entretiens ont été menés et enregistrés sur 2 supports par la thésarde.

Au sujet de l'analyse, celle-ci a été faite au fur et à mesure des entretiens pour pouvoir mesurer la saturation des données. La retranscription a été faite sur un logiciel de traitement de texte Microsoft Word. L'exploitation de l'ensemble des données s'est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée décrite par Pierre Paillé. Il s'agit de conceptualiser des unités de sens en étant « ancrée » dans le verbatim, puis de dégager des propriétés et des catégories pour relier les verbatims entre eux. L'encodage a été fait avec un tableur LibreCalc sans logiciel spécialisé et avec l'aide du guide pratique du Thésard de Hervé Maisonneuve (12) et de l'Initiation à la recherche qualitative en santé sous la direction de Jean Pierre Lebeau(13). Le travail a été relu par le directeur de thèse.

La recherche a respecté les critères de qualité de la grille COREQ prévue pour les études qualitatives qui a été mise en annexe dans la thèse.

# RÉSULTATS

Onze entretiens ont été réalisés entre mai 2021 et janvier 2023. La durée moyenne d'un entretien était de 35 min 30 s.

## Caractéristiques de la population.

Quatre hommes et sept femmes ont participé à l'étude. La moyenne d'âge était de 45 ans. 63,3 % des participants estimaient que le diabète est le protocole qu'ils utilisent le plus dans le dispositif Asalée et 63,3 % des participants estimaient que le protocole tabac BPCO est le protocole qu'ils utilisent le moins. La moyenne d'années d'expérience avec le dispositif Asalée est de 4 ans.

*Tableau I : Résultats quantitatifs des entretiens*

	Age	Sexe	Type de cabinet	Type d'exercice	Année de thèse	Année d'installation	Département d'exercice	Statut tabagique	Délais pneumologue	Durée d'entretien	Lieu d'entretien
MG1	51	H	MSP	Semi rural	1998	2013	85	Ancien	3 mois	46min25s	Domicile
MG2	36	M	MSP	Rural	2016	2018	44	Aucun	6 mois	47min18s	cabinet
MG3	37	F	MSP	Rural	2014	2014	44	aucun	6 mois	35min27s	domicile
MG4	35	H	MSP	Rural	2016	2016	85	Aucun	6 mois-1an	22min15s	Domicile
MG5	45	F	MSP	Urbain	2006	2006	85	Aucun	6 mois 1 an	43min53s	Cabinet
MG6	35	F	groupe	Semi rural	2016	2017	85	Aucun	9 mois	27min 44s	Domicile
MG7	28	H	MSP	Urbain	2021	X	72	Occasionnel	6 mois 1an	40min33s	Fac médecine Angers
MG8	62	F	MSP	Urbain	1993	1998	72	Aucun	3-4 mois	70min	cabinet
MG9	44	F	MSP	Urbain	2008	2011	85	Ancienne	1 an	29min 37s	Visio car cas contact covid
MG10	58	F	groupe	Semi rural	1994	1994	44	Aucun	6 mois	27min	Cabinet
MG11	66	H	groupe	Rural	1985	1986	72	Aucun	1 semaine	27 min 41s	cabinet

## **Analyse des entretiens semi directifs.**

La recherche des difficultés du médecin dans le protocole sevrage tabac BPCO du dispositif Asalée a dégagé plusieurs axes :

1. Le repérage du patient fumeur/BPCO. 3 axes seront développés : la problématique pour aborder le sujet tabac, l'influence de l'implication du médecin et le sentiment d'efficacité du médecin.
2. L'adressage du patient à l'infirmière Asalée. 2 axes seront développés : l'enjeu de la présentation de l'infirmière au patient et l'importance du contexte bio psycho social du patient lors de la proposition.
3. Le suivi du patient dans le protocole : 3 axes seront développés : la difficulté de travailler en équipe, l'importance de l'implication de l'infirmière et la spécificité de la BPCO.
4. L'amélioration du protocole. 2 axes seront développés : l'amélioration autour du repérage du patient et celle autour de l'utilisation du dispositif Asalée.

### **1. Difficultés du médecin en lien avec le repérage du patient fumeur ou suspect BPCO.**

Le repérage du patient fumeur et/ou BPCO reste à la charge du médecin tout en étant le point de départ de la prise en charge, Asalée ou non.

#### **1.1. Problématique pour aborder le sujet « Tabac ».**

##### **1.1.1. Le tabac est un sujet délicat pour le patient.**

Le sujet tabac est **sensible** à aborder parce qu'il peut **amener à un jugement**. Les médecins ont parlé d'un sujet **intrusif**. La plupart des médecins interrogés ont évoqué le fait que le patient était sur la **défensive** quand on évoque le tabac.

*« J'essaye de bah voilà oui de faire le point et de dire : « vous en êtes où ? » mais pas « oui, est-ce que vous fumez plus ? est-ce que vous avez arrêté ? » des questions qui peuvent justement braquer. Euh voilà, ce qui leur permet de si vraiment ça les gêne ou qu'ils ont pas envie d'en parler de dire simplement bon bah pour l'instant c'est toujours au même point » (MG8)*

*« tu peux toujours en parler mais ça dépend de la psychologie de la personne, y en a tu vois bien que ça les embête qu'on parle du tabac, (...) on avait fait une action de prévention tabac il y a deux ou trois ans avec la MSP (...) et les gens étaient sur la défensive, c'est impressionnant. » (MG2)*

*« Alors peut être que le dépistage systématique d'aller démarcher les gens, j'en sais rien en fait et puis c'est intrusif, c'est hyper intrusif de rentrer dans, euh je sais pas comment améliorer les choses, » (MG1)*

##### **1.1.2. Les symptômes sont banalisés par le patient.**

Les symptômes des complications du tabac restent longtemps **invisibles** et sont **considérés comme normaux pour le patient** ce qui ne le motive pas à l'arrêt. En revanche, certains

médecins se sont accordés à dire que **le patient symptomatique est plus réceptif aux solutions de sevrage**. Le patient et le médecin n'ont pas la même **priorité** sur le sujet. De plus, les patients encore en bonne santé **consultent moins** que les autres. Ils sont donc moins susceptibles d'être aidés.

*«fin les gens qui sont pas du tout accessibles, qui n'ont pas de symptômes ou ils ressentent pas les choses, ils vont consulter que ponctuellement et alors tout ce qui est prévention, ils vont trouver ça inutile et ça va être compliqué de les motiver à dépister des choses de manière précoce en fait. Donc la spirométrie très clairement ça va pas les intéresser.» (MG3)*

*«il y a d'autres problématiques qui sont plus prégnantes pour les patients» (MG2)*

*«ce qui est le plus difficile, c'est ceux qui consultent peu. » (MG8)*

### **1.1.3. Le tabac est souvent hors sujet de la consultation pour le patient et pour le médecin.**

Bien souvent le patient ne vient pas voir son médecin uniquement pour une aide au sevrage tabac. Cette question est donc souvent **hors sujet** d'une consultation. Cela limite le repérage du patient parce que le médecin n'y **pense pas systématiquement**. D'ailleurs, des médecins ont parlé de l'importance pour eux **d'un contexte** pour introduire le **conseil minimal** d'arrêt du tabac dans une consultation. Dans ce sens, ils ont cité l'avantage du **mois sans tabac**.

*«Je sais pas pour une hypertension quand y a des facteurs de risque euh voilà, là du coup on va penser au tabac mais c'est vrai que sinon, si le patient ne tousse pas, n'a pas de symptôme pulmonaire et n'a pas de facteur de risque particulier, qu'il est jeune, ça va pas forcément être spontané» (MG10)*

*«le concept du mois sans tabac c'est quand même pas mal. Bon après c'est dommage pour les autres mois de l'année quand même mais c'est vrai qu'on aura un peu plus tendance à en parler de manière systématique, de voir avec les gens s'ils fument» (MG2)*

### **1.1.4. Les consommations du patient évoluent.**

Quand on pose la question du repérage, on voit que **la question «est-ce que vous fumez?»** est posée parce qu'elle présente un **intérêt** pour beaucoup de consultations et qu'elle fait **partie des antécédents du patient**. Cependant elle est parfois **oubliée**.

*«pour les femmes lors d'un renouvellement de pilule (...) sinon bah après c'est par hasard si ça vient dans la discussion s'ils ont une bronchite» (MG9)*

*«on essaie de remplir les trucs (en montrant du doigt l'écran) là les facteurs de risque quand les patients viennent. Ça permet des fois de découvrir que finalement on a des gens qui fument et moi je me doutais pas »(MG10)*

**Le statut tabagique du patient n'est pas statique**, il évolue, il y a ceux qui ont fumé, ceux qui fument, et ceux qui commencent à fumer. Souvent le médecin aura posé la question à un instant mais l'histoire d'une consommation peut être oubliée ou imprévue et n'est donc **pas toujours connue du médecin** ce qui limite la recherche de symptômes.

«si c'est un mec qui est ancien fumeur en fait je vais zapper euh je vais zapper le truc (...) Donc repérage précoce quand ils sont encore en train de fumer j'y arrive j'y pense et euh sinon j'y pense pas.» (MG4)

«puis bah après c'est ceux qui se mettent à fumer bah je les repère pas forcément parce que bah bien sûr ils me le disent pas» (MG9)

Certains médecins ont estimé qu'ils vont davantage poser la question aux **nouveaux patients** qu'à ceux qu'ils connaissent déjà depuis quelques années. Parfois, le **profil du patient** peut aider au repérage ou aussi bien induire en erreur.

«je me rends compte en fait je pense je le fais plus avec les patients que je connais depuis pas longtemps, c'est compliqué de revenir sur le truc du tabac y en a, des fois, je savais même pas qu'ils fumaient»(MG2)

«quand ils sentent le tabac je trouve que (sourire) quand tu fumes pas tu le sens facilement les gens qui sentent le tabac» (MG4)

«ça dépend aussi le profil même si ça devrait pas m'arrêter mais bon (...) c'est vrai que si par exemple je vois une nouvelle patiente je sais pas moi je dis n'importe quoi la quarantaine entre guillemets, bien sur elle, c'est très subjectif ce que je dis, bah je vais me dire ouais bon, je vais peut-être pas lui poser la question mais j'ai tord hein parce que je sais bien que voilà que c'est pas ce qu'on peut voir de l'extérieur et que souvent je passe à côté de beaucoup de personnes dépendantes pour tout type de dépendance parce que je pose pas la question.» (MG9)

Certains médecins ont estimé qu'il y a **une diminution des consommations**. A noter qu'une patientèle assez âgée peut influencer. Selon eux, il y a une **évolution des prises de conscience** autour du sujet.

«mais je trouve qu'on a quand même plus de prise de conscience, enfin plus de patients qui réussissent à avoir un sevrage peut-être à cause du coût peut-être je sais pas. (...) enfin moi j'ai l'impression d'en avoir moins (...) on dit qu'on vieillit avec sa patientèle donc ils doivent avoir dans mes âges, (rire) ils sont plutôt au-dessus de 50 ans, non entre 40 et 60 je crois peut être la majorité.» (MG10)

## 1.2. Influence de l'implication du médecin.

Les personnes interrogées ont considéré que leur place dans la prise en charge est **centrale**. Ils ont dit parfois qu'ils étaient les **seuls** ou en tout cas les **mieux placés**, les plus **proches**, les plus **disponibles** pour **soutenir, conseiller, dépister, traiter et adresser** le patient si besoin.

«Bah je pense qu'elle est centrale (la place du médecin) parce que si on le fait pas qui va le faire ?(...) on est quand même le premier recours» (MG6)

«c'est quand même important parce qu'on a énormément d'occasions de voir ces patients (...) les patients que je vois peu souvent, j'essaie de voir un petit peu, enfin je leur demande aussi bah voilà est ce qu'ils fument, parce qu'en fait on sait qu'on aura pas 36 occasions de les voir, donc si on peut laisser un petit message, je pense que ça c'est important.» (MG8)

« c'est plutôt de les soutenir dans leur projet en fait et je pense que ça c'est aussi important le soutien parce que c'est pas facile hein le sevrage. » (MG8)

«Désjà je pense bon c'est nous qui les connaissons le mieux, de manière globale, je pense qu'ils nous disent aussi peut-être un peu plus facilement qu'à d'autres voilà la quantité fumée, (...) puis pour pouvoir les revoir assez rapidement aussi parce que c'est pareil les spécialistes au niveau des suivis bah c'est plus compliqué pour eux, ils sont moins dispo» (MG9)

**Néanmoins malgré cette certitude, chacun s'implique différemment selon ses affinités de travail, sa sensibilisation sur le sujet et ses convictions sur le dépistage.**

### **1.2.1. Affinités de travail du médecin.**

Comme tous professionnels, le médecin a ses volontés et ses habitudes de travail. Il est libéral, il **choisit son activité et ce qu'il veut déléguer** en fonction de ses affinités. Le thème de la **prévention n'est pas partagé par tous les médecins**.

«on est dans une période qui est un peu compliquée sur le plan médical, démographie, nous il y a beaucoup beaucoup de patients. Moi je préfère faire la médecine et puis le reste je délègue» (MG1)

«Moi personnellement je suis un ancien médecin et euh je dirais j'aime bien la médecine globale, j'aime bien faire ce que j'ai à faire moi-même et je ne délègue qu'à des spécialistes, des praticiens à qui je veux déléguer pour certaines choses»(MG11)

«Prévention? c'est pas mon truc de prédilection euh prévention euh ouais moi je... on a des gens au sein de la MSP que ça intéresse énormément et qui vont loin, mais c'est vrai que moi je suis plus dans l'action.» (MG1)

Tous les médecins **ne sont pas demandeurs d'examens complémentaires**. Certains médecins précisent qu'il y a quelques années il n'y avait pas autant d'examens à demander, qu'ils se débrouillaient avec la clinique. Outre le fait qu'un examen n'est pas toujours indispensable, certains médecins ont explicitement affiché leurs **préférences** en disant que la spirométrie ne les attirait pas.

«Les BPCO moi je les gère j'ai la clinique j'ai mon stétho et éventuellement je les fais souffler dans un truc (...) Ouais parce que j'ai peut-être ma façon de voir les choses mais j'ai vécu une médecine où on avait pas toutes ces professions paramédicales et on avait pas tous ces examens complémentaires que l'on a maintenant. Moi j'ai connu la médecine où on avait la TOGD le lavement baryté la radio pulmonaire et l'ASP, point, et on se débrouillait avec nos mains nos oreilles voilà et on faisait de la médecine clinique» (MG11).

«c'est pas facile comme examen à faire pour motiver les gens à souffler fort rapidement, je pense que par goût moi j'étais pas trop attirée par ça» (MG6)

### 1.2.2. Sensibilité du médecin sur le sujet tabac.

La priorité du médecin va dépendre aussi s'il considère le tabac **comme une addiction** ou **comme un facteur de risque**. Dans le premier cas, il sera plus vite dans le renoncement et dans le second, il sera plus combatif.

*« moi j'ai des patients qui on fait des coronaropathies, qui ont été stentés, qui ont eu des pontages, ils continuent à fumer, pourtant ils ont arrêté pendant le truc et ils continuent à fumer, ils reprennent, parce qu'ils sont dépendants de leurs trucs, (...) s'ils ont pas envie d'arrêter de fumer ils arrêteront pas» (MG11)*

*«aussi moi il y a des moments ou des mois où je vois bien, j'oublie de, j'ai la foi je me dis ouais vas-y je vais réussir à faire ça, on va essayer de faire bouger des trucs et puis y a des moments où je suis un peu plus désabusé» (MG2)*

*«c'est une patiente qui en plus est diabétique et elle est en surpoids aussi elle est tabagique donc l'idée c'était de revoir un peu tous ses facteurs de risque cardio-vasculaires... j'ai une boucle dans ma tête qui fait le lien par rapport au diabète et c'est vrai que pour le diabète j'adresse assez facilement à l'infirmière Asalée donc quand je sais que mon diabétique fume bah je leur dis bah en même temps vous pourrez en parler.»(MG3)*

*« c'est quand même important parce que 40 ans hein c'est un âge où on a déjà une bonne partie de la vie qui est passée. (...) ce qui n'empêche pas d'en parler avant. Je veux dire voilà 40 ans c'est le dépistage des BPCO (...) Le tabac la BPCO ça fait quand même partie des risques environnementaux au niveau de la santé »(MG8)*

Le fait d'être alerte sur les symptômes précoces de la BPCO peut permettre d'être plus systématique dans la démarche diagnostique. La BPCO étant une pathologie assez spécialisée, les médecins ont reconnu que leur pratique fait écho au contenu de leur **formation initiale** et qu'il est **important de continuer à se former à son diagnostic et sa prise en charge**. D'autant plus que, les compétences nécessaires dans ce domaine font partie de celles que l'on **perd facilement sans entraînement**.

*«j'ai pas fait de stage en pneumologie donc il y a un manque» (MG3)*

*«J'ai lu quand même des trucs comme quoi la BPCO ça pouvait donner bah bien sûr de la gêne respiratoire mais tu vois, des fois, jusqu'à des dépressions, des choses extra pulmonaires en fait, psychiatriques qui fait qu'il faut y penser devant des symptômes auxquels je n'aurais pas forcément pensé initialement si je n'avais pas fait la formation.» (MG5)*

*«(je) devrais me reformer là-dessus pour être plus autonome et plus compétent sur ce sujet-là.»(MG4)*

*«j'avais fait une journée de formation pour ça, pour interpréter des spirométries mais ça remonte déjà à 3 ans et comme j'en fais pas non plus des tonnes c'est vrai qu'on perd rapidement »(MG3)*

Néanmoins beaucoup d'entre eux ont dit ne pas assez dépister par **manque de réflexe**. Plusieurs ont suggéré que leur participation à cette thèse allait renforcer leur implication sur le sujet.

«c'est très important qu'on dépiste ça tôt parce qu'après, une fois qu'il y a des signes de BPCO c'est un peu tard. (...) ça fait longtemps que j'ai pas fait, qu'elle m'a pas montré d'EFR. Donc euh ça fait du bien (montre mon questionnaire) finalement je pense je vais peut-être m'y remettre là. (Rire)» (MG10)

«c'est vrai que je pense moins au dépistage BPCO spirométrie en fait, ouais je pense que je fais pas de dépistage précoce, j'y pense pas assez. » (MG3)

### 1.2.3. Convictions sur le dépistage de la BPCO.

Certains médecins ont déclaré que participer au dépistage de la BPCO est important pour le patient car il permettrait une **prise de conscience** ou au moins l'**engagement d'une réflexion**.

«Je trouve que ça permet aux gens de se rendre compte que le tabac a déjà un impact sur leur poumon et je trouve ça intéressant qu'ils puissent s'en rendre compte (...) le fait de savoir qu'il commence à se passer quelque chose au niveau des poumons, c'est quelque chose de concret sur l'impact du tabac qui n'était pas présent jusque-là quoi.» (MG4)

Certains ont dit que les jeunes patients qui ont une spirométrie perturbée pourraient être plus réceptifs aux résultats que les personnes plus âgées et que la spirométrie peut être un bon moyen didactique pour les patients qui sont en capacités de comprendre les courbes.

«les jeunes quadragénaires si on te dépiste une BPCO à 41 ou 42 ans je sais pas peut-être qu'on réfléchit plus» (MG2)

«Quand on commence à voir que la courbe elle prend une forme pas terrible on peut le montrer en plus au patient et c'est un bon moyen d'agir là-dessus (...) c'est surtout un outil pour moi mais bon après si ça peut être éducatif, des fois ça dépend de qui j'ai en face c'est toujours pareil s'il y a quelqu'un que je trouve pas très... qui n'a pas l'air de tout comprendre bien qui n'est pas très cortiqué bon bah je dis juste c'est bien c'est pas bien dans ces cas-là je vous propose ça mais les gens qui sont en capacité de comprendre je trouve que c'est vraiment un outil didactique aussi la courbe de spirométrie.» (MG3)

D'autres au contraire ont dit que la spirométrie est **trop spécifique** pour le patient, et **insuffisante** pour l'aider à arrêter de fumer.

«Pourquoi pas faire la spiro, mais ça c'est vrai que je développe pas, parce que ça va pas parler aux gens.» (MG7)

«bon après les problématiques pour lesquelles tu fumes elles sont toujours là quoi » (MG2)

De même, on ne peut prévoir comment réagira le patient. Si la spirométrie est normale elle peut être **falsement rassurante**. Si la spirométrie n'est pas normale elle peut **motiver** le patient comme le **décourager** car pour lui il sera déjà étiqueté «malade».

« C'est parfois un petit peu gênant parce que parfois les patients le prennent positivement en disant : « bah oui bah c'est très bien donc continuons de fumer

*quois » donc quelques fois ça peut nous aider en fait mais ça peut aussi avoir un effet non bénéfique » (MG8)*

*« c'est à double tranchant, les gens ils se disent bah je suis déjà malade donc voilà même si en fait bah non vous êtes déjà malade mais ça peut s'améliorer dans le sens si on peut reprendre une activité on peut refaire des choses » (MG2)*

D'autres médecins ont parlé de l'**intérêt pour traiter** le patient.

*« j'étais persuadée qu'il avait une bronchite chronique et je voulais quand même proposer, euh moi c'était important de le diagnostiquer pour pouvoir le prendre en charge. » (MG5)*

### 1.3. Le sentiment d'efficacité du médecin.

#### 1.3.1. Autour du rapport résultat / temps de consultation.

La consultation tabac est **énergivore et chronophage**. En effet, chaque consultation tabac est unique, adaptée à chaque patient et il faut **prendre du temps** pour faire le conseil minimal, pour revoir le patient et pour refaire le point. Devant les problèmes de démographie médicale et le désir d'efficacité, le médecin va avoir une pensée de **rendement**, c'est-à-dire que le temps passé avec le patient doit pouvoir apporter un plus dans sa prise en charge. Les médecins peuvent être amenés à abandonner le sujet tabac s'ils considèrent qu'ils ne peuvent pas prendre le temps d'en parler lors de la consultation.

*« ça prend tout le temps beaucoup de temps (...) après moi je, je trouve que chaque cas est un peu particulier. C'est difficile, des fois, de donner des notions globales (...) c'est surtout parce que souvent bah on est pressé par le temps qu'il y a déjà plein de motifs de consultations, et qu'on se dit que si en plus on aborde le tabac bah (rire), je pense que c'est plus ça l'obstacle. » (MG10)*

*« moi je trouve ça compliqué le tabac parce qu'on ne sait jamais, euh enfin j'ai l'impression que ça marche jamais dans le sens où, au final, les gens font bien comme ils le sentent, et pas comme on le voudrait. C'est compliqué je trouve de les faire basculer vraiment. Et donc en tout cas ce qui est certain c'est que plus il y a de suivi en tout cas rapproché au départ, plus il va y avoir de l'action ça c'est acté et ce temps sincèrement on l'a pas, en tout cas moi je l'ai pas. » (MG1)*

Les médecins ont considéré que la question du tabac est **un motif à part entière d'une consultation** or pour le patient il s'agit souvent d'un motif secondaire. **Reconvoquer** le patient paraît donc un bon compromis mais il n'est pas facile de le faire pour des raisons de délais de rendez-vous ou par peur que le patient ne revienne pas.

*« Alors c'est toujours un peu le problème, c'est que les consultations de tabac c'est toujours un peu en fin de consult' que ça arrive (...) Donc le problème voilà c'est que t'as déjà fait ta consult'. » (MG9)*

*« Il faudrait reconvoquer le patient, peut-être, pour avoir une consultation dédiée, ce qu'on fait pas beaucoup enfin que moi j'ai beaucoup de mal à faire parce qu'après il y a des délais et puis j'ai pas dans mes habitudes de reconvoquer les patients pour une deuxième consultation, c'est pas bien. » (MG10)*

«je me dis qu'ils vont pas revenir et que ça va les gaver (...) c'est que je sais pas s'ils vont forcément accepter» (MG3)

### 1.3.2. Implications en fonction des motivations médecins-patients.

**La motivation du patient joue sur le sentiment d'efficacité du médecin** et dans certains cas **l'implication du médecin va jouer sur celle du patient**. Les deux protagonistes doivent s'impliquer au même moment. A noter que les médecins ont dit avoir parfois un **biais de perception** sur la motivation du patient.

«*Y a des patients, des fois, j'ai même pas envie de me battre, je me dis, lui il va pas m'écouter de toute façon, enfin bon j'essaie hein, mais, mais je pense que des fois je dois partir un peu vaincu et des fois ça va pas être efficace.*» (MG10)

«Alors pour le tabac je ne pense pas que ce soit un monsieur qui soit prêt à arrêter de fumer (...) (elle regarde sur l'ordinateur et est surprise) euh si, elle a noté: «est motivé et pour la prise en charge pour la suite... Est motivé plus plus plus», bah alors peut être que je me fais des films? Je le sens pas vraiment prêt mais bon tant mieux (rire) on verra s'il revient.» (MG5)

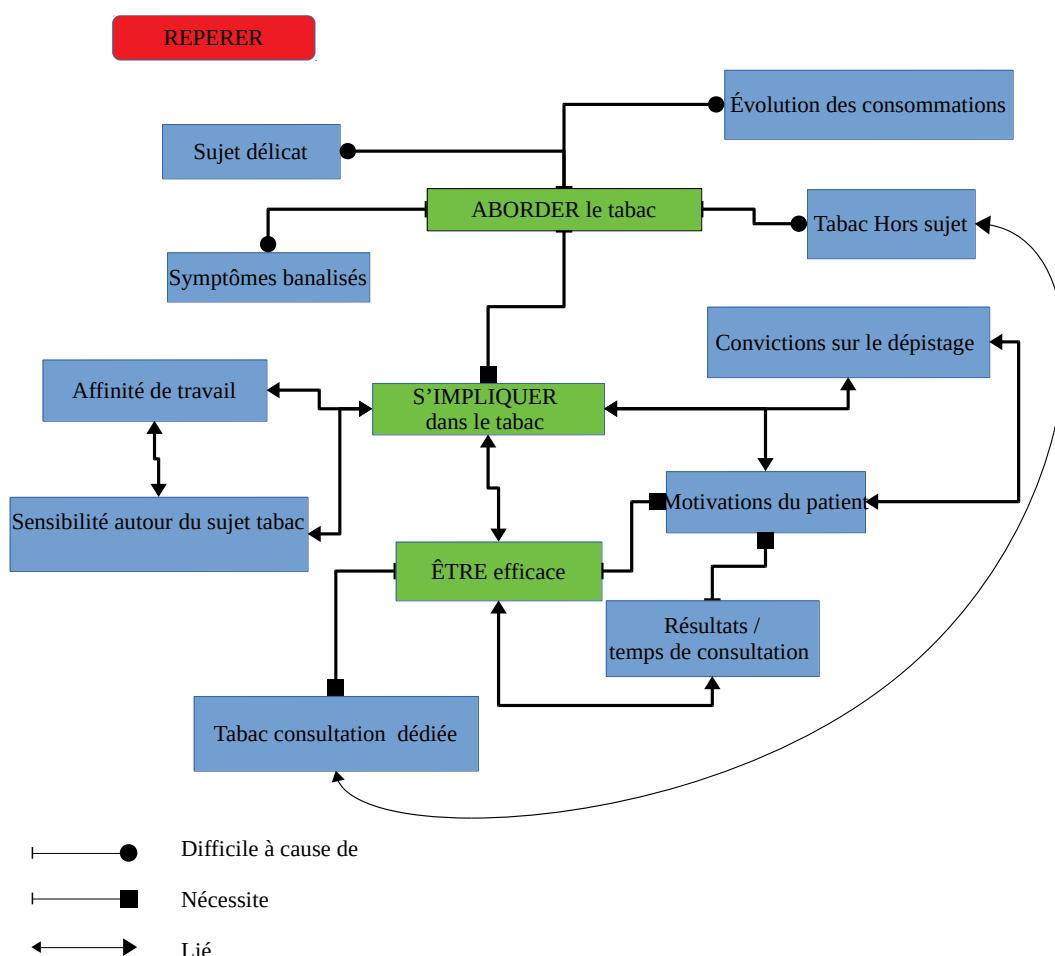


Figure 1 : Difficultés dans le repérage du patient

## 2. Difficultés du médecin pour proposer Asalée.

### 2.1. Bien présenter l'infirmière.

Comme l'infirmière est une personne nouvelle d'un suivi qui reste non obligatoire, l'objectif du médecin est de **présenter l'infirmière au patient de manière claire et valorisante**.

#### 2.1.1. Clarifier son travail.

Les médecins ont exprimé le besoin de **casser les à priori** que les patients peuvent avoir sur la fonction de l'infirmière. Ils ont expliqué qu'ils précisent au patient que c'est une infirmière qui ne fait plus de prise de sang ou de pansement mais qui fait de l'éducation thérapeutique. La plupart des médecins ne rentrent pas dans les détails de toutes ses casquettes afin de ne pas embrouiller le patient. Il s'agit donc de **clarifier** son travail.

*«je leur dis que c'est une infirmière d'éducation thérapeutique, enfin j'enrobe un peu les choses. (sourire) ... Euh non pas enrober non j'exagère, c'est pas une infirmière lambda qui va leur faire des pansements c'est son métier de faire ça de l'éducation thérapeutique, du dépistage, qu'elle peut aussi prescrire éventuellement les patchs, fin voilà que c'est une infirmière un peu particulière.» (MG9)*

*«je vais pas dire Asalée, je rentre pas dans ça parce que les gens après ils vont pas... (...) j'explique globalement ses missions ce que j'en attends et ce que les patients peuvent avoir comme résultats après, (...) J'expose pas toutes les missions qu'elle fait habituellement.» (MG7)*

Ils ont expliqué la présenter comme **une partenaire de prise en charge**.

*«c'est une infirmière qui travaille avec nous, pour euh... voilà qui voit nos patients pour tout un certain nombre de motifs dont le tabac et que voilà en gros c'est un partenariat.» (MG9)*

Certains patients ont besoin de se sentir en confiance et la personne nouvelle peut aussi être vue comme une inconnue. Toujours dans l'optique de bien présenter l'infirmière Asalée, parfois les médecins ont profité de sa présence pour la faire rentrer dans le cabinet pendant la consultation et la présenter. Bien que ce ne soit pas généralisable, certains patients ont besoin d'une **présentation physique**.

*« La dame disait ouais mais je la connais pas cette dame-là si je dois lui raconter ma vie, je lui ai dit est-ce que vous voulez que je vous la présente, elle est là aujourd'hui, bah ouais pourquoi pas et du coup voilà.» (MG6)*

#### 2.1.2. Valoriser son travail

Il leur paraissait important aussi de **valoriser l'infirmière** en insistant sur ses compétences et la **prévention**. Ils ont évoqué l'**entretien motivationnel**, la **prise en charge non médicamenteuse**, la **prise en charge individuelle**, le **temps porté** au patient, le fait de faire le point pour essayer de **produire la motivation**, la **spécialisation** de l'infirmière, le **test respiratoire**, la **nouveauté**, la **praticité**, l'acte **pris en charge** et enfin le **renouvellement des substituts**.

«Eh bah je dis que j'ai la chance d'avoir dans mon cabinet associé, une infirmière qui s'occupe de la santé de la population globale et que ...elle a une formation pour, qu'elle sait bien faire, qu'elle est euh, qu'elle a des bons résultats et que ça peut leur être bénéfique qu'en plus c'est pris en charge, (sourire)» (MG10)

«je dis même vous savez elle s'y connaît mieux que moi (...) elle fera mieux que je pourrais faire (...) donc vraiment je la présente en disant que je lui fais toute confiance» (MG5)

#### -Prévention

«je leur dis que c'est pour les gens qui sont pas malades mais qui pourrait le devenir du fait de leur facteur de risque et de leur état de santé et je leur explique que l'idée c'est de la prévention et de faire en sorte qu'ils ne deviennent pas malades» (MG6)

#### -Entretien motivationnel

«Après je leur explique la démarche elle sera là quoi, elle sera aussi dans l'entretien motivationnel, parce que c'est un peu ça aussi avec l'infirmière et la prescription des patchs et pastilles (...) Je vois ça un petit peu pas comme de la psychothérapie mais quelque part comme de la tabacothérapie, pour parler du tabac débloquer quelque chose et leur faire prendre conscience peut-être par des mécanismes, voilà un peu comme pour des séances de psychologie et autre, où c'est un peu une thérapie quoi.» (MG7)

«après quand je sens qu'ils sont dans la phase un petit peu ce qu'on appelle l'ambivalence tu vois qu'ils aimeraient bien mais que ça leur fait peur qu'ils ont essayé mais que ça a pas trop marché bah je leur dis bah allez-y, (...) c'est pas du tout pour vous forcer à quoi que ce soit c'est juste pour faire le point sur votre consommation, voir les freins, voir les avantages et les inconvénients à l'arrêt et puis si c'est pas le moment c'est pas le moment mais c'est tu sais ce qu'on appelle la balance décisionnelle hein savoir si ils sont prêts ou pas.» (MG5)

#### -Prise en charge non médicamenteuse

«Je le vends surtout comme étant un truc en fait aussi qui est avant les médicaments et qui est un truc qui peut être effectivement assez naturel et sans qu'il y ait besoin de rajouter des choses tu vois, c'est un peu souvent le premier traitement à faire pour tout ce qui est pathologie cardiovasculaire.» (MG4)

#### -Prise en charge individuelle

«(Elle)va voir un petit peu avec vous qu'elles sont vos habitudes et pour vous aider un petit peu à trouver, avec ce que vous vous êtes, dans votre travail, dans votre globalité, euh voilà et qui va un petit peu vous aidez à trouver une aide qui va être vraiment pour vous personnelle.» (MG8)

#### - Temps porté au patient

«je leur dis: «on va vraiment prendre le temps avec vous, parce que là moi en 20 minutes, surtout que vous venez souvent pour un autre motif en parallèle, je vais pas faire les choses correctement. (...) encore une fois on fait pas ça en 5 minutes et c'est prendre le temps avec les gens c'est aussi à long terme être plus efficace.» (MG7)

-Je valorise le fait de faire un bilan global

*«puis je lui ai dit que ce serait pour faire aussi le bilan sur le diabète l'activité physique tout ça. J'adresse dans le cadre du facteur cardio-vasculaire de manière un peu plus global donc je leur dis qu'elle va peut-être leur donner des conseils sur l'alimentation l'activité physique aussi pour limiter le risque de problème cardio-vasculaire quoi.»(MG3)*

-Spécialisation de l'infirmière

*«je leur dis bien que c'est une infirmière qui s'est formée» (MG5)*

-Le test respiratoire:

*«Bah je leur dis que c'est une infirmière qui (...) pourra leur faire des examens que moi je leur ferais pas dans le cabinet justement pour les EFR» (MG9)*

-Apport d'une personne nouvelle

*«il y a des gens qui te disent non j'ai déjà essayé d'arrêter j'y arrive pas, je leur dis bah ça vaut le coup de la voir il y a des nouvelles choses qui existent, c'est vrai que à l'époque je sais pas si ça existait les spray les gommes les machins puis j'ai dit que bah justement ça été fait dans des mauvaises conditions peut être trop rapidement» (MG5)*

-Le renouvellement des substituts

*«J'insiste sur le fait qu'elle peut les renouveler (les substituts)»(MG7)*

Certains médecins ont dit insister sur la **praticité de prise en charge**, la proximité de l'infirmière par rapport au cabinet du médecin, la gratuité des consultations.

*«je leur dis qu'elle prend mon cabinet je trouve ça les met en confiance sur l'endroit où c'est. Je leur dis que c'est complètement gratuit, je leur indique le jour de consultation car c'est des infos pratiques qu'ils aiment bien»(MG3)*

La **représentation de la gratuité** pour le patient doit être nuancée même si elle est pour la plupart des médecins reconnue comme indispensable pour l'acceptation du patient.

*«J'évite de dire que c'est gratuit (...) Le mot gratuit me dérange, parce que en fait c'est plus dans la façon dont le patient va prendre en compte en fait ce service(...) Mais je pense que ce serait un frein si les gens avaient à régler quelque chose clairement» (MG7)*

### 2.1.3. Préserver la liberté du patient et informer le patient

Néanmoins certains médecins ont parlé d'une certaine **limite à la valorisation, de l'intérêt de ne pas aller trop loin pour respecter la liberté du patient**. Certains ont exprimé avoir le sentiment de **forcer le patient** s'ils proposent trop souvent, surtout par rapport à la gravité de la situation pour le patient. Ils ont dit avoir parfois l'impression de se substituer à un **commercial**. De même, parfois les médecins proposent une fois puis deux puis ne tiennent plus à **insister** car ils ont le sentiment d'être intrusif.

«Je n'ai pas trop envie de brusquer le patient (...) je vends pas un produit mais c'est pour eux, hein (rire) j'ai l'impression de faire commercial quand je propose ça (...) et puis pour le patient c'est pas très confortable, c'est un peu je dirais pas que c'est du forcing mais non non, je les laisse faire» (MG7)

«en fait c'est pas évident je trouve parce qu'à la base on est là pour leur proposer de l'aide, pas pour les emmerder (rire) et, des fois, t'as un peu l'impression, enfin j'ai plutôt l'impression que y en a certain c'est un peu ce qu'ils ressentent (...) c'est pas évident de doser à quelle fréquence tu peux reparler du tabac ça c'est le problème parce que sinon t'as envie de dire bah tu peux en reparler à chaque fois» (MG2)

Les médecins ont observé qu'il **ne sert à rien de forcer le patient** car les résultats ne seront pas meilleurs à la fin. Ils ne souhaitent pas faire perdre du temps à leur patient. La démarche doit venir du patient. Il faut **laisser un temps de réflexion**.

«si la personne me dit bah non j'ai pas envie ou je suis pas prête je vois pas trop l'intérêt de l'envoyer pour faire perdre son temps» (MG5)

«ils ont aussi besoin de temps pour comprendre les choses euh d'en savoir un petit peu plus avant de se lancer dans une prise en charge pour voir la motivation quoi. (...) ça m'est arrivé qu'ils refusent une première fois mais qu'ils acceptent une seconde fois. Je me suis posée la question est ce que c'est pour me faire plaisir pour me dire bon ça fait deux fois qu'elle m'en parle voilà ou, des fois, je pense que ça chemine aussi» (MG6)

En revanche, pour donner sa **chance** à tout le monde, et parce que les patients peuvent refuser, les médecins ont rapporté qu'ils vont souvent au moins évoquer la présence de l'infirmière Asalée pour **informer de la possibilité de la voir et pour la faire connaître**.

«je propose un peu à tous ceux qui en ont besoin même si je m'attends à ce qu'ils me disent non, pour donner la même chance à tout le monde et puis surtout parce que moi j'estime que ce serait vraiment utile.» (MG3)

«Je propose assez facilement comme ils ont la possibilité de refuser» (MG6)

«je vois bien que de toute façon il y a pas (de motivation) mais je leur explique que en fait on a une infirmière Asalée qu' elle s'occupe aussi des sevrages tabagiques et que je vois bien qu'ils sont pas prêts pour l'instant mais que si jamais ils se sentaient prêts bah ils pourraient la contacter directement sans passer par moi. (...) Et puis ça permet de faire connaître les infirmières Asalées au sein de la population, je veux dire de notre patientèle» (MG8)

A noter que, dans le respect du patient, certains ont expliqué qu'ils n'hésitent pas à **inciter le patient** à voir l'infirmière en apportant de la conviction ou en expliquant la délégation de tâche comme un choix du cabinet.

«faut vraiment leur proposer un peu plusieurs fois et leur dire «bah écoutez faites connaissances déjà, faites un premier entretien vous allez voir, en tout cas moi en tant que médecin je pense que c'est quelque chose qui peut vraiment vous aidez» (MG8)

«Oui après moi je laisse pas trop trop le choix parce que c'est notre circuit alors après s'il vient que pour ça je vais faire la consultation tabac, si c'est son motif de consultation, je vais prendre le temps de lui expliquer de voir un peu les freins les machins mais de toute façon il passera ensuite chez l'infirmière Asalée.» (MG1)

#### 2.1.4. Proposer au bon moment

On l'a vu, il faut du temps pour bien proposer Asalée. De plus, de la même manière qu'il est plus facile d'avoir un contexte pour parler de tabac, **il est plus facile d'avoir ce même contexte pour proposer Asalée.**

«il faut que tu mettes un peu de contexte autour quoi: tiens au fait vous fumez ça vous dirait d'aller voir Asalée? (rire) tu peux pas le faire comme ça... je me dis c'est pas possible il faut que je fasse un conseil minimal»(MG2)

Comme certains médecins l'ont dit, le patient a parfois besoin de temps pour se décider, et la motivation est labile. C'est pourquoi il faut savoir **saisir la bonne occasion** pour **proposer ou reposer.**

«il y a un certain nombre de personnes pour lequel bah il y a un moment où il faut en parler parce que justement il faut pas rater l'occasion où, bah en fait voilà, c'est peut-être juste le petit mot qu'il fallait dire pour pouvoir les motiver.» (MG8)

Plusieurs médecins ont évoqué que l'infirmière Asalée a des délais et qu'il est aussi important de **prioriser les consultations** pour ne **pas faire perdre de temps** à l'infirmière. Ils ne proposeront pas à ceux qui ont déjà eu des suivis multiples pour arrêter de fumer, à ceux qui ont des problèmes psychiatriques, à ceux qui seront hermétiques à cette prise en charge, ou quand le patient a d'autres problèmes de santé plus dangereux à l'instant T.

«Y en a chez qui je propose pas parce que déjà ils sont ultra hermétiques aux médecins et à leur proposition » (MG4)

«bah j'ai une dame qui est fumeuse de longue date, enfin voilà, elle a vu l'addictologue, elle a vu le pneumologue, on en parle sans arrêt et cette dame-là c'est vrai que je lui ai pas proposé parce que j'ai l'impression que tout a été fait pour l'aider au sevrage et le sevrage n'est pas encore actif, mais c'est vrai qu'elle par exemple je pense à elle en premier je sais pas euh... peut-être à tort aussi parce que ça peut être l'approche d'une nouvelle personne qui pourrait donner le déclic» (MG9)

«j'ai adressé un patient à l'infirmière y a pas longtemps pour un sevrage en alcool quelqu'un qui fumait énormément, mais du coup j'ai laissé tomber quoi, j'ai dit on va d'abord faire l'alcool parce que c'était plus ce qui posait problème, donc peut-être elle le reverra plus tard pour le tabac.» (MG10)

Partant de ces principes, les médecins ont déclarés ne pas toujours proposer Asalée par souci d'efficacité dans la consultation. Ils proposent à ceux qui sont **déjà motivés** et **ceux qui en ont le plus besoin.**

«j'essaye aussi de m'adapter un peu à la personne que j'ai devant moi si j'ai une personne 25 ans euh qui fume pas beaucoup enfin pas depuis très longtemps et puis de toute façon tu sens quand tu poses la question bah que non c'est pas à l'ordre du jour, et puis pas envie, aucun intérêt à l'envoyer je pense c'est une perte de temps pour l'infirmière »(MG5)

«si je sens que au conseil minimal ils sont pas très réceptifs c'est vrai que j'aurais peut-être tendance à pas proposer en fait (...)ça rajoute vraiment du temps d'expliquer son fonctionnement je trouve donc si il n'y en pas besoin spécifiquement je vais pas rentrer dans les détails.»(MG3)

## 2.2. Difficultés du médecin autour du contexte bio-psychosocial du patient.

### 2.2.1. Difficultés autour de la disponibilité du patient.

La consultation Asalée est une **consultation longue et supplémentaire** à la consommation de santé du patient.

«il faut imaginer que les gens à chaque fois qu'on leur propose un truc ils repassent du temps médical alors que c'est pas leur vie, nous c'est notre vie mais eux c'est pas leur vie. S'ils ont un diabète ils vont avoir 4 consultations minimum par an pour leur diabète, plus des consultations Asalées d'une heure chacune donc c'est pas mal de temps au cabinet et s'ils sont diabétiques ils vont avoir des pathologies cardiovasculaires etc. donc ils vont encore passer plus de temps au cabinet» (MG1)

Le tabac étant un problème plus souvent du sujet jeune, ou du moins d'un patient encore en activité, il est parfois compliqué de s'adapter à la **disponibilité** réelle du patient.

«le problème tabagique c'est plutôt pas des personnes âgées donc voilà faut que ce soit le bon horaire, et puis Asalée elle est à 35 h donc comment dire ça fait pas lourd sur la semaine quoi.» (MG1)

Il y a aussi une question de disponibilité choisie du patient en fonction de ce qu'il priorise. Certains préfèrent être expéditifs sur les questions de santé.

«ils savent que moi ça va peut-être plus rapide.»(MG7)

### 2.2.2. Difficultés autour de la personnalité du patient.

De plus, l'éducation thérapeutique et le dépistage ne sont **pas adaptés à toutes les personnalités** de patients. Soit parce qu'ils ne s'intéressent pas à leur santé, soit parce qu'ils sont plus ou moins anxieux sur ces questions, soit parce qu'ils ont plus ou moins envie qu'on prenne du temps pour eux, qu'on s'intéresse à eux.

«il y a des gens qui font plus attention à leur santé que d'autres même parmi les fumeurs ce qui est un peu peut-être contradictoire.» (MG2)

«après c'est une grande anxieuse donc elle m'a dit que ça allait probablement être compliqué de se sevrer du tabac. (...) Ça fait partie des publics assez facile en Asalée parce que la plupart, enfin, y en a beaucoup c'est plus compliqué que ça,» (MG3)

Certains patients ne sont **pas motivés**, ils n'en voient pas l'utilité, ne sont pas prêts et ont l'impression de perdre leur temps. De même, certains médecins ont déclaré que pour eux, l'infirmière Asalée ne pourra pas aider le patient à trouver de la motivation. Certains ont remis en cause l'entretien motivationnel.

«je critique pas mon infirmière Asalée, mais mes patients ils y allaient une fois deux fois et puis après ils voulaient plus y aller quoi, ils disaient «bah moi ça me sert à

*rien, et puis ce qu'elle me dit ça correspond pas, et puis je me sens pas capable puis je veux pas entendre ce qu'elle me dit»» (MG11)*

*«je me dis que la motivation ne se décrète pas, et c'est pas une histoire de motivation, au départ tu as envie ou pas, tu as des préoccupations sur le tabac ou pas et après effectivement on peut t'aider à faire émerger des choses. Mais si t'as pas envie d'arrêter de fumer au départ bah pour moi c'est pas possible en fait. Tu peux pas avec un entretien motivationnel.» (MG2)*

*«il y a un peu une préparation avant parce que si on est pas motivé bah, d'une part c'est comme ça et puis euh bah les expériences même, y compris en fait avec notre infirmière Asalée qui est vraiment très très bien, s'ils sont pas motivés ça fonctionne pas.»(MG8)*

Certains médecins ont évoqué le fait que la **sensibilité du patient pour la prévention** est liée aux **déterminants sociaux de santé**, aux antécédents du patient et à comment le patient arrive à se projeter dans le futur. Or la BPCO est une pathologie peu connue du patient. Le patient ne craint pas d'avoir une BPCO et il ne se projette pas avec non plus. Le patient craindra davantage d'avoir un cancer, or c'est bien la BPCO qu'on va dépister dans le protocole et pas le cancer.

*«je fais un truc maintenant pour hypothétiquement plus tard aller bien ce qui est pas toujours évident (...) la psychologie là-dedans c'est ton éducation et voilà, l'alimentation, les comportements de santé en règle générale et bah oui pourquoi je me fais pas deux burgers à chaque repas bah parce que je sais que si je le fais dans 10 ans je vais avoir des gros problèmes de santé, donc euh voilà les déterminants sociaux des inégalités, je sais plus ouais les inégalités sociales en santé je sais pas c'est important voilà» (MG2)*

*«il me dit : bah de toute façon je m'en fou dans 5 ans je serais plus là alors qu'il a 65 ans tu vois, (...) ça nécessite de se projeter loin dans le futur» (MG2)*

*«beaucoup de fumeurs en fait n'ont pas cette notion de BPCO. (...) Dans leur tête ils ont plus le cancer que la BPCO» (MG8)*

### **2.2.3. Difficultés en lien avec la relation patient- médecin.**

Il y a aussi la possibilité que la **relation patient-médecin** telle qu'elle est, ne rende pas le patient accessible à un suivi avec un autre spécialiste. Le patient tient à son médecin et pourrait se sentir abandonné par lui si on lui propose Asalée.

*«il y a une question de feeling (du patient avec moi).» (MG7)*

*«Oh bah oui il y a des personnes qui, «quelqu'un d'autre ? Oh bah non» (rire) alors d'autre «mais enfin moi je viens vous voir !» (...) mais effectivement on a ces réflexions-là comme si en fait on les abandonnait un peu.»(MG8)*

L'infirmière est parfois vue comme un intrus et le tabac étant un sujet un peu intrusif le patient a aussi peut-être peur d'être jugé et pourrait être plus à l'aise avec une **personne de confiance** comme son médecin traitant. Parfois, il s'agit aussi de repartir de zéro avec une autre personne, ce qui peut décourager le patient.

«c'est un travail si tu veux de connaissance du patient. Il faut que la relation entre le patient et le médecin elle soit fusionnelle pour que ça fonctionne bien, (...) comme maintenant on a des grosses structures de santé où le patient un jour il voit un tel et l'autre jour il voit un autre, d'accord il y a un dossier médical très bien, mais le relationnel n'existe plus. La confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et le patient, c'est la confiance ponctuelle du moment, (...) les patients ils ont besoin de plus à mon avis.» (MG11)

«c'est peut-être pas tout à fait le fait d'être une personne inconnue mais de redire les choses à quelqu'un de différent.» (MG8)

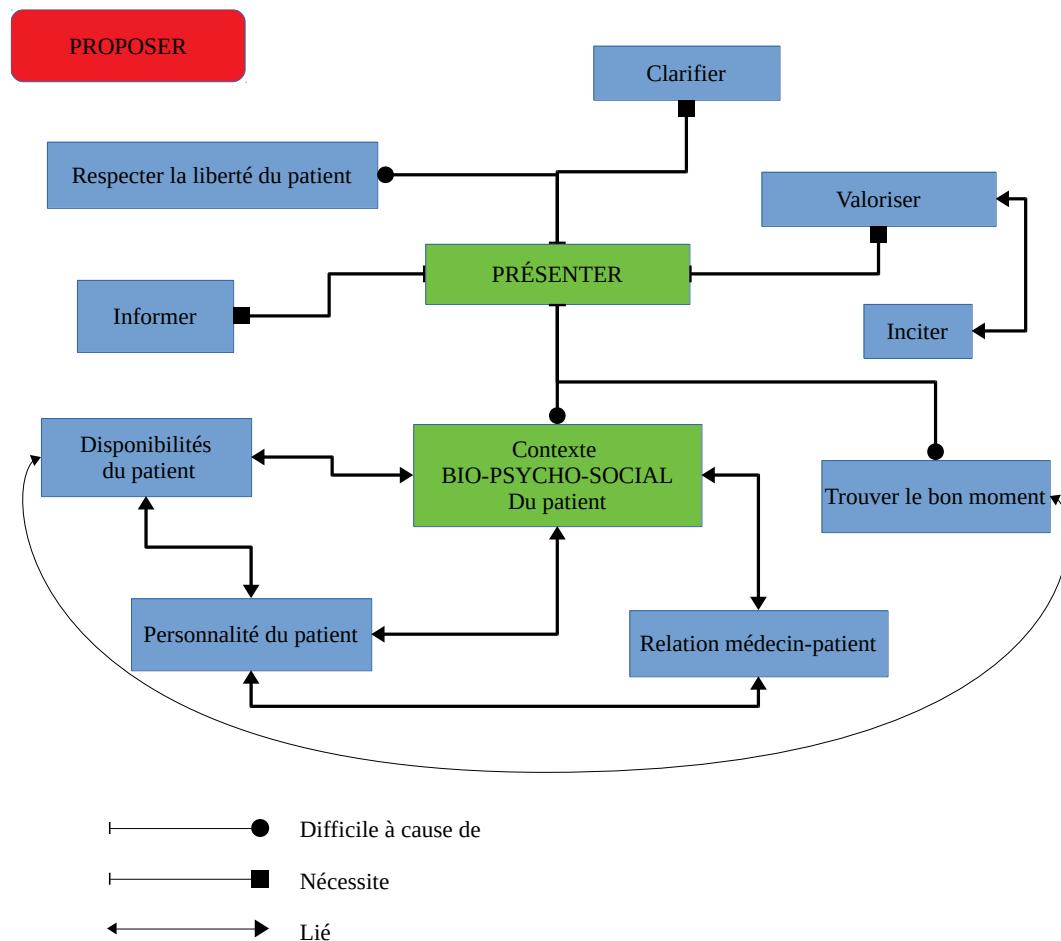


Figure 2 : Difficultés à proposer Asalée

### 3. Difficultés du médecin dans l'application du protocole tabac BPCO.

#### 3.1. Travailler en équipe.

##### 3.1.1. Difficultés à déléguer.

Certains médecins ont évoqué des **difficultés à déléguer leur activité pour plusieurs raisons**. Ils n'ont pas forcément le **réflexe** de le faire parce qu'ils faisaient avant ce qu'ils

peuvent déléguer maintenant. Ils **aiment faire ce qu'ils peuvent déléguer** si bien que parfois ils ont une certaine aigreur à déléguer comme si le médecin **perdait son activité et sa relation avec le patient. Le médecin ne voit pas toujours le gain de temps** que cela pourrait apporter.

*«la spirométrie du coup alors j'ai ce qu'il faut pour le faire c'est pour ça que j'adresse assez peu à l'infirmière pour faire les spirométries. » (MG3)*

*«on est capable de le faire et j'aime le faire, et j'aime bien que mes patients aient confiance en moi et continuent, et que je puisse les suivre. C'est quand même intéressant d'avoir un patient que vous connaissez depuis 20 ans et qui à un moment donné vient vous voir et vous dit Docteur, c'est vrai que vous avez raison j'ai envie d'arrêter de fumer. Bon c'est d'abord satisfaisant parce qu'il a compris le message et puis c'est moi qui vais l'aider à arrêter de fumer» (MG11)*

*«J'ai beaucoup de mal à déléguer (rire) pourquoi déléguer parce qu'en définitive après tu es obligé de revoir le patient et de refaire le même point et tu vas refaire ton examen clinique, ta consultation avec les mêmes idées, bon elle t'a signalé que t'avais pas fait la micro-albuminurie au bout de 3 mois ou au bout de 6 mois mais bon tu sais que tu vas la faire donc où est le gain de temps?» (MG11)*

Certains médecins ont exprimé ne pas vouloir **perdre le suivi** de leur patient. Certains se sont néanmoins adaptés et font un **suivi conjoint** avec leur patient. De plus, la délégation du suivi fait parfois que le médecin **ne sait pas vraiment le contenu des consultations** ni ce que devient le patient. Idem pour les examens complémentaires qui pour le médecin sont parfois sortis de leur contexte. Certains médecins se sont plaints des problèmes autour de la **cotation** des examens complémentaires, qui quand ils sont faits à l'insu du médecin ne sont pas forcément côtés et ne rapportent donc pas d'argent au médecin.

*«C'est-à-dire j'ai une de mes collègues qui est très attachée au suivi de ses patients et qui n'aimait pas que pour un sevrage elle le revoit pas et qu'après elle se rende compte au bout de 6 mois qu'il avait arrêté mais qu'il l'avait vu plein de fois, elle aimait pas ça. Elle avait l'impression de perdre son activité qu'elle aimait bien.» (MG6)*

*«Euh faire des électros, elle faisait des ECG j'étais pas au courant je retrouvais un patient avec un ECG (...) là j'avais des ECG qui étaient en attente et puis je sais pas quand je vais revoir le patient, et puis, des fois, j'oublie que l'ECG a été fait et tout, je préfère faire quand j'ai envie» (MG11)*

*«il y a des cotations à gérer au niveau des électros. C'est sympa on lui prête le matériel tout ça c'est fait mais nous on fait pas le travail» (MG11)*

Aussi certains médecins ont admis qu'il peut être difficile **de ne pas faire de redites inutiles**.

*«Ça c'est peut-être ce qui va être le plus compliqué, c'est de ne pas être dans la répétition, c'est pour ça qu'il faut bien être coordonné avec l'infirmière» (MG8)*

### 3.1.2. S'adapter au travail de l'autre.

Le dispositif marche en binôme médecin- infirmière, il est donc nécessaire d'avoir un **temps d'adaptation du duo** pour connaître l'infirmière, savoir comment elle travaille et avoir le réflexe de lui adresser des patients. Certains médecins ne connaissaient pas toutes ses casquettes.

*«nous on a changé d'infirmière, et que la nouvelle infirmière elle est pas encore au jus de tous les trucs là(...) (la précédente infirmière c'était) la génération papier et ça posait un énorme problème de fluidité dans les consultations» (MG1)*

*«c'est vrai qu'au bout de 6 mois, à peu près, au bout de 6 mois de remplacement là-bas, rapidement j'ai compris qu'on bossait beaucoup ensemble et donc j'avais tout intérêt à les envoyer à l'infirmière pour une question de temps, pour une question d'efficience et d'efficacité» (MG7)*

*«Elle va aussi écouter mais elle va pas faire la prescription (des substituts), elle va nous le renvoyer.» (MG11)*

Ensuite, le travail d'équipe fait qu'il est important que les deux intervenants **soient en accord, ou acceptent les désaccords** et qu'ils puissent en parler. Il est important d'avoir une **relation de confiance** ce qui nécessite de s'investir dans la relation avec l'infirmière.

*«tu as quelqu'un qui vient voir quelqu'un puis après qui vient vous voir et qui dit bah oui elle m'a dit tel régime et tu te rends compte que il y a des choses qui collent pas par rapport à toi, ce que tu préconises, ce que tu as envie de faire, (...) les conseils elle peut en donner au niveau, au niveau alimentaire etc, mais les conseils qu'elle donnait ne correspondaient pas aux miens.» (MG11)*

*«Aussi ça me choque pas qu'on ait des discours un peu différents avec l'infirmière. Si le patient veut m'en reparler après euh on en rediscute et puis je donne mon point de vue mais après je pourrais en rediscuter avec l'infirmière s'il y a un truc où on diverge.» (MG3)*

*«je fais confiance 'fin après maintenant j'apprends à la connaître mais dès le début j'avais pas d'à priori sur son travail» (MG5)*

Certains médecins se sont adaptés en ayant un **temps dédié de transmission** avec l'infirmière. Ce problème a été anticipé puisque le dispositif rémunère ces temps dédiés de concertation.

*«on fait tous les 2-3 mois on se fait un petit bilan pendant 1h on reparle des patients, c'est conseillé tu vois avec Asalée, s'il y a quelque chose à dire sur des patients on en parle à ce moment» (MG5)*

Néanmoins, les temps de concertation sont parfois considérés comme une **perte de temps**.

*«on prend 5-10 min pour discuter bah des trucs intéressants on va dire, enfin pas forcément toujours très intéressants (rigole) comme tous les temps de concertations coordination etc, ça te fait pas gagner du temps peut être ça peut augmenter la qualité des soins je sais pas après de se faire penser l'un l'autre à des trucs auxquels on aurait pas pensé»(MG2)*

*«alors le gain de temps Asalée, pour moi c'est un temps supplémentaire de travail qui m'a pas donné de gain de travail, de gain de fonctionnement, de gain...» (MG11)*

## 3.2. Implication de l'infirmière.

### 3.2.1. Faire preuve d'autonomie, d'initiative et de disponibilités.

L'infirmière Asalée doit être relativement **autonome** car le médecin prend une infirmière Asalée pour se libérer du temps médical. Il ne peut donc pas être derrière elle pour chaque décision. De même, l'infirmière Asalée est souvent assez **libre** dans son travail. Les médecins ont exprimé être demandeurs d'une infirmière qui puisse prendre des initiatives et qui soit **disponible** pour monter des projets utiles au médecin et au patient.

*«je trouve que l'infirmière dans ce travail Asalée, elle est très autonome donc on délègue et en général elle nous interpelle s'il y a besoin» (MG7)*

*«elle on l'avait recrutée parce que c'est une fille qui est bien dynamique là et on s'est pas gouré parce que du coup elle met en place plein de trucs, on sent qu'elle a envie de faire des choses» (MG1)*

*«(l'ancienne infirmière) elle était très impliquée dans l'asso Asalée, elle prenait beaucoup de temps en truc transversaux» (MG1)*

### 3.2.2. Influence de l'infirmière.

Les médecins ont parlé de **l'influence** de l'infirmière en fonction de son potentiel sur ses missions. Surtout que la plupart des infirmières sont **salariées de l'association** et en aucun cas elles ne sont salariées du médecin ce qui laisse la possibilité de discussion sur le montage de projet. Les médecins ont exprimé que si l'infirmière est elle-même peu sensible sur le sujet tabac-BPCO alors cela ne développera pas la prise en charge.

*«elle a fait une formation très récemment la dessus, mais donc euh en gros au fur et à mesure de ses formations elle nous propose euh spirométrie elle nous l'avait proposé au tout début alors je me souviens plus si elle avait fait une formation vraiment très spécifique là-dessus. En gros elle nous le dit à chaque fois si elle en fait, par exemple pour l'obésité de l'enfant elle nous dit c'est pas mal parce que du coup on y pense plus et on prend l'habitude de lui en adresser.» (MG3)*

*«c'est important, quand tu salaries quelqu'un il y a un lien de subordination. C'est toi l'employeur, tu fais faire ce que tu veux à ton employé ou presque et donc euh elle on a pas ce lien-là. Elle est là au même titre que nous même si elle est pas libérale mais voilà elle est là pour faire son boulot quoi et donc du fait qu'on a pas ce lien de subordination on peut mettre en place des choses, discuter, elle a sa liberté de penser quoi, ça c'est hyper important.» (MG1)*

*«je pense que par goût moi j'étais pas trop attirée par ça et puis elle non plus je pense que c'était pas son activité préférée» (MG6)*

D'autre part le travail de l'infirmière peut parfois être mal perçu car elle est aussi une **aide sur la rigueur du suivi**. Or, le fait qu'une personne regarde les dossiers des patients et donne des conduites à tenir peut-être mal vécu pour les médecins. Ils ont parlé de garder leur **liberté de prescription** et d'attachement à leur patientèle.

«j'ai ma façon de travailler, ma façon de penser. J'ai envie de faire comme je veux je suis libéral et j'ai pas besoin de quelqu'un qui vienne au-dessus ou à côté me dire ouais tient t'as oublié d'examiner les pieds» (MG11)

Et ce d'autant plus qu'il peut se poser une question de **légitimité de l'infirmière** pour certains médecins.

«alors j'avais des messages faire monofilament, faire la micro-albuminurie bah oui d'accord mais euh c'est un peu agaçant d'avoir quelqu'un qui n'est pas... je veux pas dire qu'elle a pas eu de formation (...) je sais que j'ai ça à faire c'est pas à elle de m'enseigner si tu veux mon boulot.»(MG11)

Également, certains médecins ont rapporté que pour eux, l'infirmière n'a pas assez d'**influence sur le patient** pour l'aider dans l'arrêt, car n'apporte pas assez de poids dans l'esprit du patient.

«l'infirmière Asalée elle pourra pas ça elle a pas la même je dirais la même puissance de feu que nous si vous voulez hein». (MG11)

### 3.3. Spécificités de la BPCO.

#### 3.3.1. Diagnostiquer la maladie.

Le fait que ce soit l'infirmière qui fasse les spirométries ne change pas le fait que c'est **au médecin de l'analyser, ça reste du temps médical** et ce n'est pas toujours facile **par manque de pratique avant Asalée**.

«Alors le problème de la spirométrie, c'est que moi, je suis obligé de les lire quoi, comme les ECG et tout ça quoi, ça veut dire qu'il faut avoir ce temps-là» (MG1)

«les EFR un peu moins enfin j'ai un peu oublié. (...) la spirométrie c'est bien quand tu souffles dans le truc ? Alors là tu vois on approche du côté technique donc je risque de te dire des bêtises donc euh (rire)...» (MG9)

De plus, l'examen reste **difficile à faire** pour l'infirmière, et pas à la portée de tous les patients. D'autre part, la spirométrie faite par l'infirmière **n'est pas toujours considérée comme fiable, interprétable ou complète**.

«c'est pas facile comme examen à faire pour motiver les gens à souffler fort rapidement» (MG6)

«Parce qu'on fait plus de spirométrie depuis 2020 depuis le premier confinement et puis parce que le premier spiromètre il était pas... il était pas fiable» (MG6)

«au départ tant que le gars est pas équilibré c'est moi qui fais les spirométries parce que je veux être sûr de ce qui s'est passé en fait pendant les spirométries parce qu'en plus on fait que de la spirométrie, c'est pas des pléthysmo donc faut être sûr que ce soit correct»(MG1)

#### 3.3.2. Suivre les patients BPCO.

Devant la spécialité de la pathologie BPCO, le médecin a expliqué qu'il ne se **sentait pas toujours légitime** de faire le suivi sans l'aide du pneumologue. Inversement d'autres se

sentaient en capacité de suivre la BPCO mais ont reconnu que **le suivi ne peut se faire avec l'infirmière**.

«Après quand on trouve, j'ai tendance à adresser au pneumologue pour qu'il puisse recadrer les choses et faire du suivi sur le plus long terme.(...) Je me sens un peu moins légitime pour faire un suivi de BPCO sur le long terme quoi.» (MG4)

«Là pour le coup c'est moi qui vais faire le suivi du BPCO même si l'infirmière Asalée elle fait des spirométries là. (...) et puis même pour le suivi s'il y a un traitement ben je suis obligé de le voir parce que ça elle le fait pas et même pour les BPCO en fin de course c'est pas elle qui va le faire. (sourire)» (MG1)

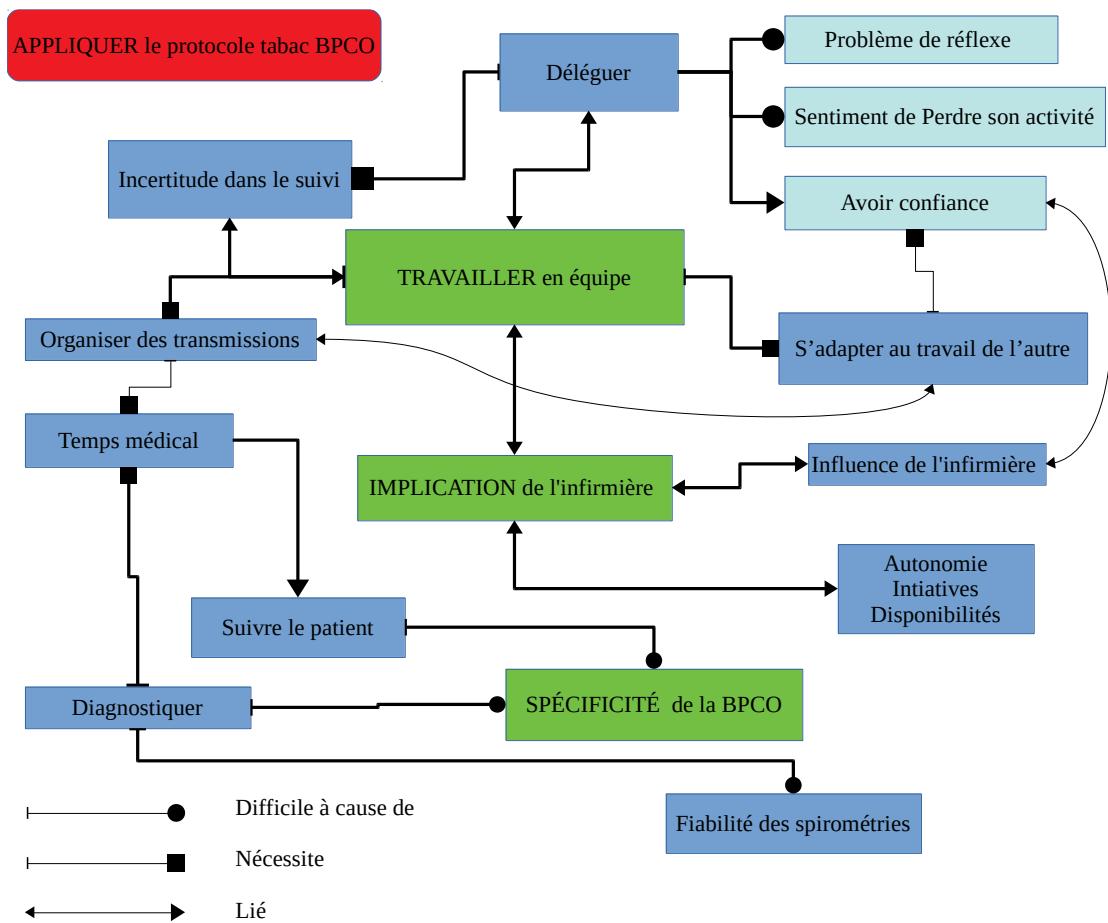


Figure 3 : Difficultés dans les applications du protocole

## 4. Amélioration du dispositif Asalée.

La plupart des médecins ont dit qu'ils étaient déjà très satisfaits du dispositif, certaines idées ont quand même été évoquées.

### 4.1. Autour du repérage du patient.

#### 4.1.1. Dépister plus.

Les médecins ont reconnu qu'il faudrait **faire plus de dépistage systématique** (repérage tabac et BPCO), **reconvoquer les perdus de vous** après un suivi, **cibler les anciens fumeurs** pour la BPCO.

*«peut-être être encore plus vigilant et proposer encore plus systématiquement. J'ai peut-être encore des patients qui passent à l'as (...) si tu le proposes systématiquement à toutes les femmes ou tous les hommes d'ailleurs, tous les patients fumeurs il me semble c'est euh plus de 40 ans, c'est, ce serait, on en trouverait beaucoup plus qu'on pense.» (MG5)*

*«peut-être proposer plus systématiquement aux anciens fumeurs le fait de faire un dépistage. Ça on y pense pas, enfin moi j'y pense pas quoi.» (MG4)*

La **gestion du dossier médical** informatique est capitale dans cette démarche aussi bien pour connaître le **statut du patient** mais aussi pour noter le projet du patient, ce que le médecin a proposé, et ce que le patient a répondu. Certains médecins ont avoué avoir du mal à être systématiques sur la tenue du dossier.

*«quand on les voit pour les premières fois on le note dans le dossier, donc quand c'est noté dans le dossier je repose les questions régulièrement» (MG4)*

*«faut qu'on s'astreigne à répondre à chaque fois, à remplir le dossier correctement ce que je ne fais pas beaucoup parce que moi j'ai pas de bonnes habitudes (rire) par rapport au dossier informatique» (MG10)*

D'autres ont proposé de laisser une certaine **liberté d'exercice** dans le couple. Ils ont proposé de **laisser l'infirmière faire du repérage** tabac.

*«en fait je trouve qu'elles ont une grosse liberté d'exercice donc il y a beaucoup de choses qui sont pas dans les consultations classiques dont on a parlé qu'on a mis en place qui sortent du champ Asalée. (...) elle a fait un atelier marche euh donc euh ça c'était pas mal aussi parce que les gens étaient invités à venir marcher avec elle une fois par semaine donc pour certains la remise en activité physique c'était bien» (MG6)*

*«Le repérage pour l'instant c'est moi (...) on pourrait aussi demander à récupérer tous les fumeurs et puis les démarcher (avec l'infirmière) ça se serait intéressant mais sauf que là on n'arrive pas notre logiciel ça marche pas.» (MG1)*

Les médecins ont proposé de sensibiliser le patient sur le tabac, la BPCO et le dispositif Asalée dès **la salle d'attente**.

*«Après on avait mis aussi des affichettes à une époque dans la salle d'attente pour voilà pour informer les patients de son existence et de ce qu'elle fait maintenant je*

*sais même pas si elle est encore là l'affiche et si elle est encore là je pense qu'elle est noyée avec toutes les affiches donc voilà peut-être une meilleure visibilité de ce côté-là pour que voilà les patients finalement se disent c'est qui ça c'est quoi et pour qu'ils se disent bah oui je serais peut-être intéressé même si mon médecin n'en parle pas quoi.»(MG9)*

Certains médecins ont exprimé qu'il faut aussi habituer le patient à ne pas voir que son médecin et à lui faire **comprendre le travail en équipe**.

*«Ils savent aussi que de plus en plus on travaille à plusieurs, ça, c'est bien passé. En plus je suis MSU aussi. Je reçois à la fois des SASPAS et à la fois des prat niveau 1 donc bah voilà des fois une bonne partie de la semaine c'est pas moi qu'ils voient (...) Moi c'est mon modèle en fait, moi je pense que moins ils sont habitués à voir quelqu'un spécifiquement plus ça va être facile de les faire aller voir quelqu'un d'autre.» (MG1)*

A noter que **plus l'infirmière est présente depuis longtemps, plus les patients commencent à connaître son existence** ce qui est d'autant plus vrai dans les petites communes où les informations circulent beaucoup. Si le patient a entendu parler ou connaît l'infirmière, il aura peut-être plus de motivations à la consulter.

*«et puis maintenant c'est vrai que ça fait deux ans qu'elle est là donc euh comme c'est aussi une petite commune, les gens ont peut-être fini par en parler entre eux.» (MG4)*

Dans la même optique, **sensibiliser** le médecin généraliste autour de la BPCO pourrait permettre une meilleure autonomie de prise en charge, donc un meilleur recrutement et un meilleur suivi du patient. Les médecins ont proposé aussi d'avoir des méthodes qui **remettent la prévention en avant**.

*«autant elle je pense sur ses compétences ça va autant moi mes compétences vis à vis de la BPCO et effectivement l'autonomie que je peux avoir derrière qui en découle sont moins optimales. C'est pas tant le dispositif mais plus moi qui devrait me reformer là-dessus pour être plus autonome et plus compétent sur ce sujet-là.»(MG4)*

*«je sais qu'il y a des collègues qui font ça qui euh pendant 3 mois qui ont un sujet par exemple vérifier tout pendant 3 mois. Ils vérifient tous les fumeurs pendant 3 mois, après ils vérifient toute la consommation d'alcool et après ils vérifient les vaccins. Tu vois sur des thèmes pour pas, parce qu'on peut pas sur une consultation penser à tout» (MG5)*

#### **4.1.2. Questionnement sur la prise de rendez-vous pour le patient.**

En pratique aujourd'hui, soit le médecin prend le rendez-vous pour le patient, soit le médecin demande à l'infirmière de rappeler le patient, soit le médecin laisse le patient appeler pour prendre le rendez-vous. Parfois un médecin se situe dans l'une ou l'autre méthode en fonction de l'intérêt qu'il juge pour le patient de voir l'infirmière. Prendre le rendez-vous pour le patient pourrait **fixer sa motivation et renforcer la valeur du rendez-vous** aux yeux du patient. Beaucoup on dit que cette méthode **limitait les perdus de vus**.

«Bah déjà d'une comme ça c'est fait, parce que derrière ils le font pas forcément pour tout un tas de raisons mais voilà y en a ça les rassure parce qu'ils ont pas à faire la démarche et fin voilà c'est fait comme ça c'est fait et ils ont moins le risque de changer d'avis. (rire)» (MG9)

«Euh moi je propose systématiquement après il annule, il vient pas, fin voilà il se débrouille, c'est vrai que nous le circuit tabac il est fait comme ça (...) avec ce système-là comme c'est le docteur qui dit vous avez rendez-vous le temp. Au moins la première, ils y vont. Après ils reviennent peut-être pas mais en tout cas la première souvent. Ils vont à la consultation donc ça permet d'avoir un contact et si le courant passe en général ils continuent quoi. (...) on gagne de la consultation Asalée en faisant le secrétariat.» (MG1)

Cependant, laisser le patient prendre son rendez-vous peut au contraire **renforcer son implication dans la démarche**. Cette méthode **favoriserait le suivi**. D'autre part la prise de rendez-vous reste un **temps de secrétariat** que certains médecins ne souhaitent pas prendre.

«il faut plutôt que ce soit le patient qui fasse entre guillemet le premier pas et qu'il prenne contact avec l'infirmière. Si tu oblige quelqu'un à voir une infirmière Asalée je suis pas persuadée que l'efficacité sera bonne entre autres (...) alors après en fonction de, pour moi, l'intérêt ou pas, je peux être amenée à dire : bah écoutez j'envoie un message à ma collègue elle va vous appeler, (...) Et y a, des fois, où quand je pense que c'est pas très très important bah je laisse les gens plutôt appeler d'eux même» (MG5)

«Alors moi personnellement, je ne prends pas le rendez-vous à la place du patient. Je ne l'accompagne pas non plus forcément à l'accueil prendre le rendez-vous. (...) sauf si, des fois, ils sont très motivés, vraiment pour des gens qui sont très motivés, je leur dis que je peux regarder le planning. Mais de toute façon en général si je vois que ça prend voilà trois minutes à regarder: «ah non moi je veux pas cette date je veux ça», j'ai un secrétariat voilà ils vont au secrétariat quoi je veux dire, c'est le but d'un secrétariat, c'est pour ça.» (MG7)

Certains médecins ont reconnu que c'est un plus si l'infirmière a son cabinet au sein de la structure de soin ce qui rend la prise en charge plus facile pour l'infirmière et pour le patient.

«L'infirmière Asalée c'est déjà compliqué parce que en fait, une infirmière dans le cabinet mais qui n'est pas une infirmière de soin et qui n'est pas non plus une infirmière qui, euh, elle est dans une asso c'est déjà un petit peu compliqué (...) Mais l'infirmière Asalée pour nous c'était vraiment important que les patients puissent savoir qu'elle est toujours dans le petit bureau.» (MG8)

## 4.2. Autour de l'utilisation du dispositif Asalée.

### 4.2.1. Faciliter la prise en charge.

**Les médecins ont proposé d'agrandir le dispositif Asalée** en continuant de recruter les infirmières et de sensibiliser des médecins non Asalées.

«bah plus d'infirmières Asalées sur le territoire, on a la chance d'en avoir mais tout le monde n'en a pas, soit par manque d'infirmières soit parce que bah peut-être qu'il y a des médecins aussi qui n'en voient pas l'intérêt. (...) je pensais qu'elle allait faire un peu ce que je faisais moi, j'en voyais un peu l'intérêt mais pas plus que ça, et puis finalement dans la pratique si, c'est hyper intéressant quoi. Ils sont quand même mieux pris en charge globalement au niveau du temps et de tout ce qu'on peut faire.» (MG9)

Les médecins ont évoqué le besoin d'avoir un lien avec les **pneumologues** si nécessaire.

«ce serait bien qu'au niveau des spé après ça soit peut-être plus facile d'accès (...) Mais dans l'idéal ce serait bien qu'on puisse avoir aussi une deuxième étape pour nous aider quand on s'en sort pas.» (MG5)

D'autre part, les médecins ont évoqué l'envie de connaître les expériences entre médecins pour utiliser les différents protocoles avec un partage de pratique clinique et un partage chiffré de l'utilisation d'Asalée.

«dans Asalée je trouve qu'il y a des protocoles mais après on a peu d'expérience en fait des collègues médecins. En fait on a des réunions cliniques et l'infirmière Asalée elle fait une synthèse de ces réunions cliniques mais euh on a pas de enfin finalement on travaille dans notre cabinet mais on travaille de manière très individuelle parce qu'on partage peu avec nos autres collègues. (...) pour pouvoir un petit peu peut-être établir des conduites à tenir pour des situations complexes » (MG8)

«avoir un retour savoir combien il y a eu de spirométries, combien il y a eu de prises en charge médicales ça pourrait quand même être intéressant»(MG8)

Les médecins qui ne prévoient pas de temps dédié pour les transmissions de l'infirmière vers le médecin ont pensé qu'ils pourraient améliorer leur implication en **prévoyant des temps de transmission**.

«En fait de mettre par exemple je sais pas moi un quart d'heure en fin de semaine ou une demi-heure, pour parler de patients en fait qu'elle a vu pendant la semaine, ça peut-être qu'il faudrait» (MG10)

Les maisons de santé se développent, beaucoup de médicaux et paramédicaux peuvent aujourd'hui travailler ensemble. **Un travail en équipe protocolisé** permettrait d'être plus efficace pour prescrire des substituts, adresser à l'infirmière ou même repérer le patient fumeur.

«le protocole tabac qu'on a mis en place au sein de la maison de santé, parce que tous les professionnels de la maison de santé peuvent prescrire des substituts nicotiniques. Et donc on avait mis en place ce truc pour que les autres initient également une prise en charge médicamenteuse enfin en tout cas nicotinique avec les patients, kiné infirmiers euh sage-femme, pharmacien. (...) Non mais nous on travaille en équipe depuis un moment, (...) voilà on essaye de monter des filières que ce soit fluide que ça marche bien, le but c'est d'être un peu efficace quoi.» (MG1)

#### 4.2.2. Réflexion sur la consultation à 3.

Dans certains cas plus complexes, certains des médecins ont fait des **consultations à 3 (médecin patient infirmière)** Les médecins ont pensé que ça pourrait être intéressant pour

refaire le point ou pour **appuyer les conseils** donnés ou pour mieux montrer au patient que les deux spécialistes **travaillent ensemble**, ce qui aussi va alimenter la **confiance** du patient.

«*je crois que c'était un peu pour appuyer les recommandations, les conseils (...) c'est pas comme moi davantage de poids qu'elle ou elle davantage de poids que moi c'est plus une question d'être deux, solidaires enfin qui pensons la même chose, vis-à-vis de... par rapport à la patiente pour avoir un poids davantage et lui montrer qu'on va dans le même sens*» (MG10)

«*pour le patient, eh bien de pouvoir aussi accepter d'être pris en charge (...) en ayant toute la confiance. (...) On met en place souvent un rendez-vous à 3 une fois par an pour les nouveaux patients qui sont diabétiques.*» (MG8)

Certains médecins ont pensé qu'il peut être utile aussi de se réunir à 3 pour **homogénéiser** la parole du patient.

«*ça pourrait apporter pas mal de choses aussi que ce soit le même discours parce que des fois il nous balade un peu où ils disent pas la même chose d'ailleurs à l'infirmière ou au médecin ... j'ai un patient qui pouvait paraître super motivé pour arrêter de fumer et puis arrivé là-bas vraiment il mettait un peu tout en échec... parce qu'ils se sentent, je pense, plus autorisés avec l'infirmière à rejeter un peu les propositions tandis que avec les médecins c'est peut-être un peu moins facile quoi.*» (MG3)

Certains médecins ont évoqué aussi le fait d'être heureux de pouvoir partager les compétences lors de ces rendez-vous.

«*Et ça permet aussi de pouvoir partager des compétences et ça va dans les deux sens.*» (MG8)

Le fait de faire des consultations à 3 est aussi novateur puisque ça permet une prise en charge nouvelle et apporte des ressources logistiques en utilisant la téléconsultation.

«*pour le patient, eh bien de pouvoir aussi accepter d'être prise en charge aussi de manière différente (...) ça permet à chacun d'utiliser les moyens qu'on a par exemple par rapport au diabète, on va utiliser aussi la téléconsultation ensemble. Elle aussi elle peut l'utiliser en fait avec notre accord et pour nous ça nous délègue aussi des tâches*» (MG8)

Néanmoins ce type de consultations reste marginal car parfois **difficile à organiser** en termes de planning. Une consultation infirmière est longue comparée à celle du médecin. De plus certains médecins ne sauraient trop **quelle place prendre dans la consultation**, ne se plaçant pas au-dessus hiérarchiquement de l'infirmière, et pouvant **gêner le travail** de celle-ci.

«*c'est trop chronophage pour moi (sourire). En fait on a essayé une fois mais euh on est pas sur le même timing. Elle a l'habitude d'avoir des consultations d'une heure et moi des consultations de 20 min (...) après c'est compliqué à organiser dans le sens où nos agendas sont pas, bah voilà si j'ai une demi-heure de retard bah c'est foutu.*» (MG6)

«*je serais pas complètement à l'aise parce que je saurais pas au cours de la consultation qui devrait, tu vois, la parole, la place de qui (...) Pour l'infirmière Asalée est-ce que la présence du médecin ça peut pas être un petit peu perturbant*» (MG5)

D'autres ont pensé que ce serait gênant pour le patient qui se sentirait d'autant plus **stigmatisé**.

«et puis pour les patients je trouve que d'avoir un rendez-vous et avec l'infirmière et avec le médecin quand ils sont tous seuls ça doit être assez désagréable je pense» (MG7)

Certains en questionnent l'intérêt.

«Bah je suis pas contre hein, après l'intérêt? Y a des choses qui vont me dire à moi»(MG9)

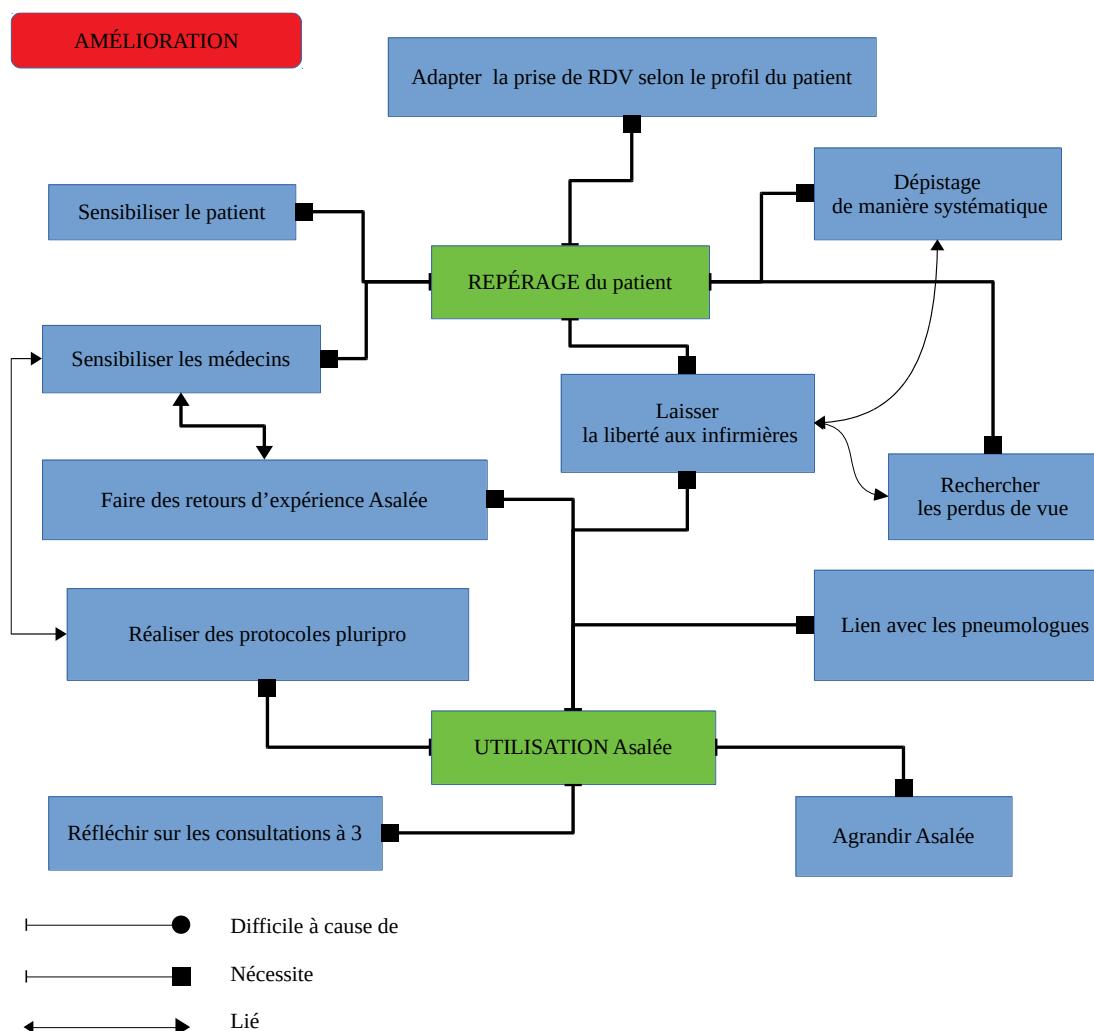


Figure 4 : Amélioration du dispositif Asalée

# DISCUSSION

## 1. Forces et limites de l'étude.

### 1.1. Les forces.

Le sujet de l'étude est un sujet d'actualité puisqu'il traite d'un travail en coopération entre infirmier et médecin autour d'un problème de santé publique. L'étude a donc toute sa place dans la recherche aujourd'hui.

Malgré le fait que l'étude qualitative n'a pas pour but d'avoir un échantillon représentatif, (13) les profils interrogés sont variés entre l'âge et les modes d'exercices principalement. Il y a plus de femmes que d'hommes dans l'étude ce qui peut s'expliquer par la féminisation de la médecine générale. Les femmes représentent en 2022, 65 % des médecins généralistes de moins de 40 ans d'après le CNOM.(14)

Le nombres de participants a été suffisant pour arriver à saturation des données après le 10<sup>ème</sup> entretien, ce qui est un argument de validité de l'étude. Un entretien test a été effectué.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, sauf un à cause du covid-19, ce qui a permis de mieux appréhender les renseignements non verbaux des participants. Les entretiens ont été semi-dirigés, ce qui a pu libérer la parole des interrogés tout en recadrant le discours pour la pertinence des données.

### 1.2. Les limites.

Les entretiens de cette étude ont été réalisés à partir du mois de mai 2021 jusqu'au mois de janvier 2023. Il m'a donc fallu beaucoup de temps pour recueillir les entretiens. Il existe un biais de sélection car les médecins qui ont accepté de participer à l'étude sont : soit des médecins pro-Asalée, soit des médecins naturellement intéressés par le tabac ou la BPCO, soit plus rarement des médecins intéressés par les thèses elles-mêmes. Il y a aussi quelques entretiens qui se sont fait avec des médecins éligibles qui ont bien voulu m'aider. Le fait qu'il a été difficile pour moi de trouver des participants souligne d'une part que le sujet tabac BPCO manque d'attrait pour le médecin généraliste et d'autre part que le médecin généraliste rencontre des difficultés à dégager du temps pour des travaux de thèse.

Il y a aussi un biais de subjectivité. Je n'avais auparavant jamais mené d'entretien qualitatif. Les médecins ont pu être influencés lors des entretiens par mes relances et mes reformulations. Toutes les idées émises par les médecins n'ont peut-être pas été spontanées.

Aussi, je n'avais jamais analysé d'entretien par la méthode de théorisation ancrée. Il existe donc un biais méthodologique par manque d'expérience dans l'analyse des entretiens malgré la littérature utilisée. Il est donc possible que mon analyse soit trop partisane.

## 2. Principaux résultats.

-Concernant le repérage du patient tabagique et suspect BPCO, les médecins sont confrontés à un sujet difficile à aborder en consultation. Il fait partie de l'intimité du patient, il n'est pas le motif de la consultation la plupart du temps et les symptômes sont banalisés par le patient.

Certains médecins ont un manque d'attrait pour la prévention, la BPCO et/ou le tabac. Le dépistage de la BPCO n'est pas toujours prôné par les médecins ce qui va limiter leur implication.

Le médecin généraliste a besoin de se sentir efficace, alors que le sevrage du tabac est en général un processus long et incertain.

-Concernant la proposition de l'infirmière Asalée, celle-ci est complexe et prend du temps. Il faut présenter au patient une infirmière qui ne ressemble pas à l'idée qu'ils en ont et la valoriser pour que le patient comprenne l'intérêt de la voir sans pour autant l'obliger à y aller.

Il faut adapter sa proposition en fonction du contexte du patient dans sa dimension bio-psychosociale.

-Concernant l'application du protocole, il existe un manque de réflexe de la plupart des médecins pour déléguer. Cela peut s'expliquer par le fait que certains médecins aiment avoir cette relation étroite avec leurs patients.

Certains ne considèrent pas qu'ils gagnent du temps à déléguer surtout avec ce protocole. Pour le tabac, le médecin fait lui-même le travail de repérage du patient, la recherche de la motivation et le conseil minimal. Pour la BPCO, la spécificité de la maladie fait que la lecture de la spirométrie et le suivi du patient restent du temps médical. En plus, les médecins ont souvent un doute dans la fiabilité des spirométries.

Certains parlent même de perte de temps dans les débriefs et ont fatalement du mal à s'organiser pour avoir des créneaux dédiés pour cela. Pourtant, organiser des temps dédiés semble important car le médecin ne sait pas toujours ce que l'infirmière fait, peut faire ou sait faire. En revanche, ces points peuvent être temporisés selon l'implication de l'infirmière, si elle se forme et si elle prend des initiatives.

-Concernant l'amélioration du protocole, les médecins pensent qu'il faudrait dépister plus et sont prêts à faire intervenir davantage l'infirmière Asalée. La réalisation de protocoles pluri professionnels peut faire participer l'ensemble de la maison de santé dans le repérage du patient.

Chacun aura sa méthode pour la prise de rendez-vous du patient mais les médecins reconnaissent que c'est une étape où ils risquent de perdre la motivation du patient. Certains médecins pensent que faire un temps de secrétariat peut limiter les perdus de vus.

Les médecins ont formulé le besoin d'être sensibilisés davantage, ils ont parlé d'avoir plus de retours sur leur pratique. En général, les médecins sont très contents du dispositif et ils aiment travailler en collaboration avec une infirmière. Ils reconnaissent également que le patient est mieux suivi avec l'aide de l'infirmière Asalée. Ils pensent qu'il est important d'agrandir le dispositif et de le faire connaître davantage aux patients et aux médecins non Asalées.

Il a été évoqué les consultations à trois pour permettre d'homogénéiser les paroles et renforcer le concept de travail en équipe afin d'améliorer la qualité de prise en charge du patient.

### **3. Comparaison avec la littérature et perspectives.**

#### **3.1. BPCO et dispositif Asalée.**

Les études qui évoquent les difficultés du médecin généraliste non Asalée dans le dépistage et le diagnostic de la BPCO(10) retrouvent deux types de contraintes. Il y a des contraintes logistiques comme le manque de temps pour la réalisation des spirométries ou le coût des appareils. Il y a des contraintes de sensibilisations du médecin avec un manque de formations, de connaissances et d'expériences.

##### **3.1.1 Les contraintes logistiques de la BPCO avec le dispositif Asalée.**

Dans notre étude, il n'y a plus les mêmes contraintes logistiques puisque le médecin gagne de l'argent avec le dispositif Asalée et délègue en principe les spirométries à l'infirmière. D'ailleurs, les médecins de l'étude n'ont pas évoqué un besoin de rémunération lié au repérage du patient tabagique ou suspect BPCO comme c'est le cas dans d'autres études.(15) En revanche, ils ont parlé de la difficulté à organiser des temps dédiés pour débriefer avec l'infirmière et d'une perte de l'implication du patient au moment de la prise de rendez-vous avec l'infirmière Asalée. Il persiste aussi un manque de réflexe du médecin pour déléguer la spirométrie à l'infirmière.

L'IRDES(11) retrouve 3 classes de binômes médecins-infirmières en fonction de leur efficience. L'étude suggère que le temps de présence en simultané du médecin et de l'infirmière facilite l'organisation de temps pour débriefer. La possibilité d'utiliser le secrétariat faciliterait la prise de rendez-vous du patient. Sur ce point, il a été démontré dans une étude hors Asalée (16) que la prise de rendez-vous par le médecin pour la spirométrie augmente le taux de diagnostiqués. Dans les couples les plus efficents, l'infirmière Asalée a souvent un bureau dédié qui simplifierait la prise en charge et valoriserait la place de l'infirmière au sein du cabinet, ce qui est retrouvé dans notre étude. Les médecins qui délèguent le plus ont souvent une forte activité en termes de nombre de consultations et de taille de patientèle. Ils ont souvent une deuxième activité type maître de stage, groupe de pairs, salariat dans une structure de soin. Ils ont une durée de coopération plus longue avec l'infirmière et travaillent au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle. On peut supposer que ces médecins sont plus sensibilisés par l'effet de groupe, qu'ils ont davantage besoin de déléguer, qu'ils aiment partager leur pratique et travailler en équipe. On peut imaginer que le réflexe de déléguer va augmenter avec les années de coopération. On peut imaginer aussi que le mode d'exercice ainsi que la formation du médecin à l'avenir vont se tourner vers des coopérations comme Asalée devant les enjeux médico-sociaux actuels.

Sur le plan de la spirométrie, la fiabilité de celle de l'infirmière Asalée a été questionnée dans l'étude comme dans la littérature, ce qui ne pousse pas à l'utiliser en pratique.(17)

##### **3.1.2 Les contraintes de sensibilisations autour du repérage et de la prise en charge de la BPCO.**

Dans notre étude, les contraintes de sensibilisations sont moins importantes que celles retrouvées dans la littérature.(10) Plusieurs médecins de l'étude s'accordent à dire qu'ils sont plus attentifs au sujet qu'avant leur implication dans Asalée parce qu'ils ont plus de ressources à proposer aux patients. Certains ont profité du protocole tabac-BPCO pour se former sur ce sujet. La lecture de

l'examen n'est tout de même pas toujours aisée pour le médecin généraliste de notre étude et celui de la littérature. (18)

Comme dans la littérature(10), les médecins de l'étude ne sont pas tous convaincus de l'intérêt d'un dépistage de la BPCO puisque le seul traitement à ce stade est l'arrêt du tabac. Une étude quantitative(19) en 2018 a dégagé trois profils de médecins face au diagnostic de la BPCO. Le niveau de connaissance était proche dans les trois profils. Globalement, les médecins généralistes jeunes (moins de 46 ans) ont de meilleures connaissances théoriques mais ce sont les médecins généralistes plus âgés qui vont plus souvent chercher les symptômes et adresser le patient vers une spirométrie. On peut imaginer que cette différence de pratique s'explique par l'expérience via des anamnèses marquantes liées à un diagnostic tardif. Ces constats sont amplifiés par le fait que les sociétés savantes n'ont pas toujours été d'accord sur l'indication de l'examen. Ces divergences sont dues au fait qu'il n'est pas clairement démontré que la spirométrie a un impact sur l'arrêt du tabac. Une étude a retrouvé que donner l'âge pulmonaire du patient avec la spirométrie pouvait avoir un impact sur le patient.(20)

## 3.2 Tabac et dispositif Asalée.

Concernant les difficultés en lien avec le sevrage tabac, les médecins de l'étude n'ont pas parlé du manque de formation. Ce qui peut s'expliquer par le fait qu'en principe, la prescription des substituts est déléguée. En revanche, on retrouve les autres difficultés logistiques en lien avec Asalée comme vu plus haut et les contraintes mentionnées dans la littérature(21) : le manque de temps, le sujet non prioritaire, la prise en charge peu efficace et les patients réticents. Les médecins de l'étude vont plus facilement proposer Asalée s'ils estiment que l'entretien motivationnel peut aider.

### 3.2.1 L'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel est une technique psychothérapeutique qui travaille sur l'ambivalence : « J'aimerais arrêter de fumer mais je ne le fais pas ». Le but est d'amener le patient à la réflexion de manière empathique en s'adaptant à son stade motivationnel selon le cycle de Prochaska.

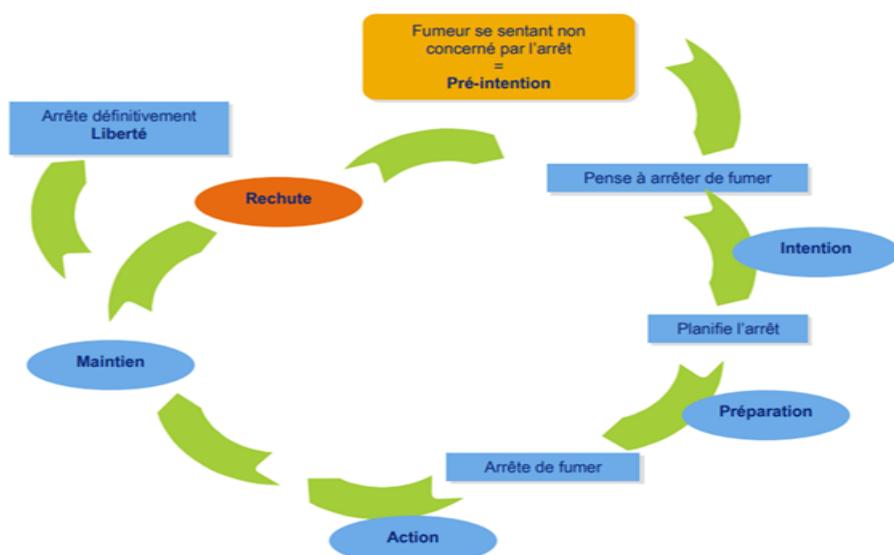


Figure 5 : Le cycle de Prochaska

Le premier stade est celui de la pré contemplation, le patient ne pense pas avoir de problème de consommation. Le médecin doit alors vérifier les idées reçues du patient et donner les informations sans jugement. Le deuxième stade est celui de la contemplation. Le patient sait qu'il doit arrêter de fumer mais est ambivalent, il envisage un changement mais il hésite. Le médecin doit travailler sur cette ambivalence en s'appuyant sur les raisons du changement. Le troisième stade est la préparation au changement. Le médecin valorise l'essai de changement et aide à trouver des stratégies. La quatrième phase et la cinquième phase est la phase d'action et de maintien où le médecin soutient et encourage le patient. La sixième phase est celle de la rechute possible qui fait recommencer le cycle. C'est une technique ici adaptée à la consommation du tabac mais elle peut s'appliquer dans beaucoup d'autres domaines dès lors qu'il y a ou qu'il peut y avoir une ambivalence du patient.

Faire un entretien motivationnel prend du temps et requiert le plus souvent une formation. Dans le cas Asalée, le médecin a la possibilité de déléguer l'entretien motivationnel à l'infirmière qui est plus souvent formée et qui a le temps de le faire. Néanmoins, les médecins de l'étude ne sont pas tous convaincus de l'utilité de l'entretien motivationnel au moins pour ce qui concerne le sevrage tabac. D'après une revue de littérature Cochrane de 2019(22), il faudrait plus d'études pour démontrer de manière significative que l'entretien motivationnel aide les gens à arrêter de fumer. Ceci explique en partie pourquoi certains médecins ne voient pas d'intérêt à adresser le patient à l'infirmière Asalée pour le tabac.

D'après un travail de thèse(23), on voit que la pratique de l'entretien motivationnel pourrait être utilisée en amont pour mieux déterminer quand adresser le patient à l'infirmière. En effet, les médecins de cette étude(23) évoquent que le patient contemplatif est plus réceptif à l'infirmière qu'un patient pré-contemplatif. Dans notre étude, on se rend compte que les médecins proposent Asalée assez systématiquement mais avec une implication variable et à différents moments du cycle de Prochaska : de la pré-intention à l'action et même parfois au maintien. A noter que L'infirmière a parfois des doutes sur la bonne présentation du dispositif au patient(24) (25). Or, l'implication du médecin dans la proposition de voir l'infirmière Asalée semble pouvoir jouer sur la décision du patient.

### **3.2.2 Le sentiment d'efficacité personnel.**

Dans un entretien motivationnel, le thérapeute va chercher à accroître le sentiment d'efficacité personnelle du patient. C'est une théorie de A. Bandura qui suppose que si une personne estime ne pas pouvoir produire de résultats satisfaisants, alors elle n'essaiera pas de le faire.

En réalité, ce sentiment est nécessaire aussi bien pour le patient que pour le thérapeute. Effectivement, on met souvent la motivation du patient comme frein au sevrage mais le médecin est aussi parfois ambivalent(26). Il veut aider le patient à arrêter de fumer mais il pense qu'il n'y arrivera pas, donc il n'en parle pas.

Parmi les fondements de l'efficacité personnelle, il y a la persuasion par une personne signifiante. Le simple fait de croire en la réussite de quelqu'un accroît ses probabilités de réussite. On peut donc imaginer que le sevrage tabagique dépend d'une co-motivation du patient, de l'infirmière et du médecin.

### **3.3 La question des consultations à 3.**

Certains couples médecins-infirmières réalisent des consultations à 3, c'est-à-dire ensemble avec le patient. Ce type de consultation est souvent souhaité par l'infirmière (27) mais peut aussi émaner du médecin. Malgré les contraintes organisationnelles, cette consultation a plusieurs atouts. Elle homogénéise la parole du patient, permet de faire le point et permet au patient de voir par lui-même que le médecin et l'infirmière travaillent ensemble. Cependant, certains patients, certains médecins et certaines infirmières seraient gênés (23) ne trouvant pas bien quelle place prendre dans ces consultations. Elles peuvent être intéressantes selon le profil des protagonistes et les sujets que l'on souhaite aborder. Néanmoins certains médecins de l'étude n'en avaient jamais entendu parlé ou envisagé ce qui soutient l'intérêt d'un partage de pratique des médecins et infirmières Asalées.

## **4. Perspectives.**

Concernant la BPCO, il serait peut-être bien d'avoir des études françaises pour rechercher la fiabilité des spirométries de l'infirmière Asalée et ainsi renforcer la confiance du médecin. Peut-être que le réseau pourrait s'étendre avec les pneumologues afin d'aider le médecin dans sa prise en charge. Plus de formations simples à l'utilisation de base de la spirométrie et à sa lecture pourraient aussi aider le médecin à y penser plus en consultation et à en demander plus à l'infirmière.

Concernant le tabac, une étude est en cours pour chercher à démontrer l'efficacité du dispositif Asalée dans le sevrage tabac.

## CONCLUSION

L'étude porte sur les difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge du patient au sein du protocole « tabac-BPCO » du dispositif Asalée. L'étude qualitative montre que les médecins sont plutôt satisfaits du protocole. Ils estiment qu'ils sont plus attentifs au sujet depuis qu'ils ont une infirmière Asalée.

Néanmoins, il persiste des difficultés pour adresser le patient à l'infirmière. Ce qui pose un problème c'est le sujet tabac en lui-même et le fait que le patient ne comprend pas bien comment une infirmière peut l'aider. Le médecin est aussi parfois réticent à déléguer des actes du fait de sa façon d'être et de sa relation avec le patient. Il y a aussi un manque de réflexe qui va dépendre de la personnalité de l'infirmière. Le dispositif Asalée n'est pas adapté pour tous les patients, tous les médecins et toutes les infirmières. En revanche, ces réticences peuvent être amenées à changer. Effectivement le contexte actuel de démographie médicale pourrait rendre la délégation de tâche plus naturelle pour tous les protagonistes.

La BPCO est aussi une pathologie spécifique qui ne pousse pas le médecin à la déléguer. La spirométrie est un acte qui peut paraître compliqué à réaliser et à interpréter. Sa lecture reste du temps médical.

Pour le sevrage tabac, l'entretien motivationnel et l'intervention d'une infirmière ne convainc pas tous les médecins.

Cette étude suggère que le protocole « tabac-BPCO » comme celui du diabète dépend d'une co-motivation médecin patient infirmière. La différence est que le protocole « tabac-BPCO » ne fera probablement pas gagner autant de temps médical que celui du diabète par exemple.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Question d'économies de la santé* 2018 avr;232:8
2. Action de Santé Libérale En Equipe [Internet] Disponible sur : <http://www.asalee.org>
3. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? *Question d'économies de la santé* 2019 avr;241
4. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération asalée entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vu des patients. *Thèse de médecine*. Université de Toulouse;2017
5. Haute Autorité de Santé. Les protocoles de coopération art 51. Bilan du dispositif. *Evaluation* 2014. HAS;2015
6. Peiffer G, Underner M, Perriot J, Fond G. BPCO, troubles anxiol-dépressifs et cognitifs : l'inflammation joue-t-elle un rôle prépondérant ? *Revue des Maladies Respiratoires*. 2021 avr;38:357-71
7. Le Guillou F, Izadifar A, Piperno D, Padovani M, Jury JP, Bourcereau J, Grillet Y. BPCO et autonomie : impact de la BPCO sur la qualité de vie au quotidien. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2017 jan;34:A162-3
8. Laurendeau C, Chouaid C, Roche N, Terrioux P, Gourmelen J, Detournay B. Prise en charge et coûts de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France en 2011. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2015 sep;32:682-91
9. Ancel J, Guecamburu M, Marques Da Silva V, and al. Principaux messages de la première Biennale BPCO 2021 de la SPLF. Mieux comprendre pour innover. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2022 mai;39:427-41
10. Mien I, Piellard P. Freins au dépistage de la BPCO par le médecin généraliste: une revue systématique de littérature. *Thèse de médecine*. Université de Grenoble;2017
11. Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie de binômes. *Question d'économies de la santé* 2019 fév;239:8
12. Maisonneuve H. Guide pratique du thésard. 7<sup>e</sup> éditions. Editions scientifiques L C;2012, 80 [Internet] Disponible sur : [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Guide\\_Pratique\\_du\\_Thesard.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Guide_Pratique_du_Thesard.pdf)
13. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé & CNGE Productions;2021,189
14. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2022. [Internet] Disponible sur : <https://www.conseil>

[national.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](http://national.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)

15. Cliquennois S. Difficultés du médecin généraliste à la réalisation d'une consultation d'aide au sevrage tabagique. Thèse de médecine. Université de Dijon;2017
16. Dirven JA, Tange HJ, Muris JW, Van Haaren KM, Vink GR, Van Schayck OC. Early detection of COPD in general practice : patient or practice managed ? A randomised controlled trial of two strategies in different socioeconomic environments. *Prim Care Respir J* 2013 sep;22:331-7
17. Vézien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente. Thèse de médecine. Université de Poitiers;2017
18. Hau V. Ressenti des médecins généralistes quant à l'utilisation du protocole BPCO d'ASALEE. Thèse de Médecine. Université de Poitiers;2016
19. Yvetot Q. Diagnostic précoce de la BPCO : les médecins généralistes sont-ils prêts ? Thèse de médecine. Université de Rennes;1989
20. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008 mar;336:598-600
21. Crevoisier L. Etude des freins et des leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Thèse de médecine. Université de Bordeaux;2019
22. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;CD006936
23. 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 médecine. Université de Bordeaux;2020
24. Benhamadi K. Vécu de la collaboration Médecins et Infirmières ASALEE dans le département de l'Indre du point de vue des infirmières : Quels sont les freins ressentis par les infirmières ASALEE à la collaboration interprofessionnelle ? Thèse de médecine. Université de Tours;2021
25. Deloubes E. Quel est le ressenti des infirmières ASALEE sur le recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste ? Thèse de médecine. Université de Tours;2020
26. Chaumont R. L'ambivalence des médecins généralistes face au sevrage tabagique : une étude qualitative. Thèse de médecine. Université de Paris;2021
27. Philibert JM. Coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s Asalée dans le suivi du diabète : Attentes et ressentis des infirmier(e)s. Etude qualitative par focus group et entretiens. Thèse de médecine. Université d'Angers;2019

## **Liste des figures**

Figure 1 : Difficultés dans le repérage du patient .....	13
Figure 2 : Difficultés à proposer Asalée .....	21
Figure 3 : Difficultés dans les applications du protocole.....	26
Figure 4 : Amélioration du dispositif Asalée .....	32
Figure 5 : Le cycle de Prochaska.....	36

## **Liste des Tableaux**

Tableau I : Résultats quantitatifs des entretiens..... 5

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1. <b>Point sur la BPCO. ....</b>	<b>1</b>
2. <b>Point sur le protocole tabac BPCO du dispositif Asalée. ....</b>	<b>2</b>
3. <b>Objectif de l'étude. ....</b>	<b>2</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>4</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>5</b>
1. <b>Difficultés du médecin en lien avec le repérage du patient fumeur ou suspect BPCO. 6</b>	
1.1. <b>Problématique pour aborder le sujet « Tabac ».....</b>	<b>6</b>
1.1.1.    Le tabac est un sujet délicat pour le patient. ....	6
1.1.2.    Les symptômes sont banalisés par le patient. ....	6
1.1.3.    Le tabac est souvent hors sujet de la consultation pour le patient et pour le médecin. 7	7
1.1.4.    Les consommations du patient évoluent. ....	7
1.2. <b>Influence de l'implication du médecin. ....</b>	<b>8</b>
1.2.1.    Affinités de travail du médecin.....	9
1.2.2.    Sensibilité du médecin sur le sujet tabac. ....	10
1.2.3.    Convictions sur le dépistage de la BPCO. ....	11
1.3. <b>Le sentiment d'efficacité du médecin. ....</b>	<b>12</b>
1.3.1.    Autour du rapport résultat / temps de consultation.....	12
1.3.2.    Implications en fonction des motivations médecins-patients. ....	13
2. <b>Difficultés du médecin pour proposer Asalée. ....</b>	<b>14</b>
2.1. <b>Bien présenter l'infirmière. ....</b>	<b>14</b>
2.1.1.    Clarifier son travail.....	14
2.1.2.    Valoriser son travail.....	14
2.1.3.    Préserver la liberté du patient et informer le patient .....	16
2.1.4.    Proposer au bon moment.....	18
2.2. <b>Difficultés du médecin autour du contexte bio-psychosocial du patient....</b>	<b>19</b>
2.2.1.    Difficultés autour de la disponibilité du patient. ....	19
2.2.2.    Difficultés autour de la personnalité du patient.....	19
2.2.3.    Difficultés en lien avec la relation patient- médecin. ....	20
3. <b>Difficultés du médecin dans l'application du protocole tabac BPCO. ....</b>	<b>21</b>
3.1. <b>Travailler en équipe. ....</b>	<b>21</b>
3.1.1.    Difficultés à déléguer.....	21
3.1.2.    S'adapter au travail de l'autre. ....	23
3.2. <b>Implication de l'infirmière. ....</b>	<b>24</b>
3.2.1.    Faire preuve d'autonomie, d'initiative et de disponibilités. ....	24
3.2.2.    Influence de l'infirmière. ....	24
3.3. <b>Spécificités de la BPCO. ....</b>	<b>25</b>
3.3.1.    Diagnostiquer la maladie.....	25
3.3.2.    Suivre les patients BPCO.....	25
4. <b>Amélioration du dispositif Asalée. ....</b>	<b>27</b>
4.1. <b>Autour du repérage du patient.....</b>	<b>27</b>
4.1.1.    Dépister plus. ....	27

4.1.2. Questionnement sur la prise de rendez-vous pour le patient.....	28
<b>4.2. Autour de l'utilisation du dispositif Asalée. ....</b>	<b>29</b>
4.2.1. Faciliter la prise en charge. ....	29
4.2.2. Réflexion sur la consultation à 3. ....	30
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>33</b>
<b>1. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>33</b>
1.1. Les forces.....	33
1.2. Les limites.....	33
<b>2. Principaux résultats.....</b>	<b>34</b>
<b>3. Comparaison avec la littérature et perspectives.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. BPCO et dispositif Asalée. ....</b>	<b>35</b>
3.1.1 Les contraintes logistiques de la BPCO avec le dispositif Asalée.....	35
3.1.2 Les contraintes de sensibilisations autour du repérage et de la prise en charge de la BPCO. 35	
<b>3.2 Tabac et dispositif Asalée. ....</b>	<b>36</b>
3.2.1 L'entretien motivationnel. ....	36
3.2.2 Le sentiment d'efficacité personnel. ....	37
<b>3.3 La question des consultations à 3.....</b>	<b>38</b>
<b>4. Perspectives.....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>40</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>42</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>43</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE I : GRILLE COREQ.....</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXE II : QUESTIONNAIRES .....</b>	<b>IV</b>

## Annexe I : GRILLE COREQ

DOMAINE 1: ÉQUIPE DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION		
CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES		
1. Enquêteur / animateur	Quel auteur ont mené l'entretien individuels ?	Julie ROBERT
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?	Médecin généraliste
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplacement de médecin générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience du chercheur ?	Première étude qualitative
RELATIONS AVEC LES PARTICIPANTS		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	J'en avais déjà croisé 4, et j'ai travaillé avec 2
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Que l'étude portait sur le protocole tabac BPCO du dispositif Asalée
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Que le chercheur était médecin remplaçant

DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ÉTUDE		
CADRE THÉORIQUE		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarer pour étayer l'étude ?	Que l'étude était qualitative avec des entretiens semi dirigés
SÉLECTION DES PARTICIPANTS		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par échantillonnage raisonné sur la base du volontariat
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail ou par téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Onze médecins généralistes
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
CONTEXTE		

14.Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Selon la préférence des interrogés : 4 domiciles, 6 cabinets, 1 faculté de médecine d'Angers
15.Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	les médecins généralistes avaient une infirmière Asalée depuis plus de 2 ans et exerçaient dans les Pays de Loire

#### RECUEIL DES DONNÉES

17.Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui et oui
18.Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui 2 enregistrements avec accord des participants
20.Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou le focus-group ?	Non
21.Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou le focus-group ?	En moyenne 35 minutes et 30 secondes
22.Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté	Oui atteint au 10 <sup>ème</sup> entretien et vérifié par un entretien supplémentaire
23.Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

#### DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS

##### ANALYSE DES DONNÉES

24.Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une
25.Description de l'arbre de	Les auteurs ont-il fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27.Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun

28.Vérification par les participants.	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
<b>RÉDACTION</b>		
29.Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et oui
30.Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

## Annexe II : Questionnaires

### Première version :

1. Pouvez-vous me raconter comment vous vous organisez avec l'infirmière Asalée du début à la fin de la prise en charge d'un patient?

#### Thème 1 : Introduction du dispositif au patient

2. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez proposé au patient de rencontrer l'infirmière Asalée (dans le cadre du protocole BPCO et sevrage tabac) ?

3. Est-ce que vous pouvez me dire quelles difficultés vous avez rencontrées pour le faire ?

4. Est-ce que vous vous refusez de proposer à certains patients le suivi avec une infirmière ? Et si oui pourquoi ?

#### Thème 2 : Suivi du patient

5. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez reparlé avec le patient de son suivi avec l'infirmière dans le cadre du protocole BPCO et sevrage tabac.

6. Est-ce que vous pouvez me dire, quelles difficultés vous avez rencontrés à ce moment-là ?

7. Que pensez-vous de la consultation à 3 : médecin patient infirmière ?

#### Thème 3 : Ressenti du médecin sur la prise en charge

8. Expliquez en quoi selon vous le dispositif Asalée est adapté ou non à la prise en charge du patient dans la BPCO et dans le sevrage du tabac.

9. A votre avis quels seraient les moyens pour améliorer l'efficacité du dispositif pour la BPCO et le sevrage du tabac.

10. Pour finir, est ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

## **Dernière version**

### **Thème 1 : Autour de l'inclusion du patient**

1. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez proposé au patient et idéalement où il a accepté de rencontrer l'infirmière Asalée dans le cadre du protocole tabac-BPCO ?
2. Selon vous quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient fumeur et/ou BPCO ?

Relances :

Que pensez-vous de l'utilité du dépistage de la BPCO ?

Que pensez-vous de la spirométrie dans la prise en charge

3. De manière générale, que faites-vous quand vous apprenez que votre patient fume ou quand vous suspectez une BPCO ?

Relances :

Comment effectuez-vous le repérage ?

Comment présentez-vous l'infirmière Asalée au patient ?

A quel patient proposez-vous ? Ou à quel patient ne proposez-vous pas ?

A quel moment proposez-vous ? Consultation dédiée, repérage inattendu ?

Quelles sont pour vous les difficultés que vous pouvez rencontrer pour proposer Asalée au patient ?

### **Thème 2 : Suivi du patient**

4. Que devient votre place dans le suivi du patient une fois qu'il a vu l'infirmière Asalée?

Relances :

Quels seraient selon vous les difficultés pour la délégation du suivi à l'infirmière ?

Que pensez-vous de la consultation à 3 : médecin patient infirmière?

5. Depuis votre association dans le dispositif, expliquez les changements dans votre prise en charge du patient dyspnéique ou bronchitique ou fumeur.

### **Thème 3 : Pour aller plus loin**

6. Que pensez-vous de la pertinence du protocole tabac BPCO dans l'association Asalée.

7. Pour vous, quels seraient les moyens d'améliorer le protocole tabac-BPCO du dispositif Asalée ?

Relances :

Quels seraient vos besoins pour améliorer votre implication dans le protocole ?

Quels outils vous sembleraient pertinents pour le repérage du patient ?

8. Pour finir, est ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

## COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INFIRMIÈRES AU SEIN DU DISPOSITIF ASALEE : EXPLORATIONS DES DIFFICULTÉS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN PAYS DE LA LOIRE DANS LE PROTOCOLE TABAC-BPCO : ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

### RÉSUMÉ

#### Introduction :

La bronchopathie chronique obstructive (BPCO) est sous diagnostiquée aux stades précoces de la maladie. Elle est à 80 % causée par le tabagisme. En 2022, dans les 18-75 ans, trois français sur dix fument. La BPCO et le sevrage tabac font partie d'un protocole au sein du dispositif Asalée. Néanmoins, les études montrent que ce protocole est peu utilisé. L'objectif principal a été d'explorer les difficultés que le médecin généraliste Asalée peut rencontrer sur ce protocole. L'objectif secondaire a été d'en rechercher les pistes d'amélioration.

#### Méthodes :

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en région Pays de la Loire, qui reçoivent une infirmière Asalée depuis plus de 2 ans. Onze entretiens semi-dirigés ont été menés pour satisfaire la saturation des données. La retranscription a été réalisée le plus fidèlement possible avec un logiciel de traitement de texte. L'exploitation du verbatim s'est inspirée de la méthode de théorisation ancrée.

#### Résultats :

Le sujet « tabac » est difficile à aborder en consultation parce qu'il relève de l'intimité du patient alors qu'il est souvent amené par le médecin. Il existe parfois un manque d'attrait du médecin pour les thématiques de préventions et d'addictions.

Le médecin a des difficultés pour déléguer à l'infirmière Asalée. Il doit présenter aux patients une infirmière qui ne ressemble pas à l'idée qu'ils en ont. La spécificité de la BPCO fait que la lecture de la spirométrie et le suivi du patient restent du temps médical. La délégation de tâches suppose un temps de transmission à organiser.

Les médecins ont formulé le besoin d'être plus sensibilisés. Ils veulent des retours sur leur pratique. Ils reconnaissent que le patient est mieux suivi avec l'aide de l'infirmière Asalée. Ils pensent qu'il faut agrandir le dispositif et le faire connaître aux patients et aux médecins. Ils aimeraient avoir l'aide des pneumologues si nécessaire.

#### Discussion et conclusion :

L'utilisation du protocole « tabac-BPCO » dépend entre autres d'une co-motivation des différents protagonistes. Travailler avec une infirmière Asalée peut aider le médecin à penser au tabac et à la BPCO. Il faudrait plus de formations/sensibilisations des infirmières et des médecins pour que le protocole puisse être pleinement utilisé.

**Mots-clés :** dispositif Asalée, coopération médecin/infirmière/patient, BPCO, tabac, prévention, dépistage, spirométrie, entretien motivationnel, sentiment d'efficacité personnelle, santé publique

# COOPERATION BETWEEN GENERAL PRACTITIONERS AND NURSES WITHIN THE ASALEE SYSTEM : EXPLORATION OF THE DIFFICULTIES OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE PAYS DE LA LOIRE IN THE TOBACCO-COPD PROTOCOL : QUALITATIVE STUDY BY SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS

## ABSTRACT

### Introduction :

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is underdiagnosed in the early stages of the disease. It's 80% caused by smoking. In 2022, three out of ten French people aged 18-75 years smoke. COPD and smoking cessation are part of a protocol within the Asalee system. Nevertheless, studies show that this protocol isn't used much. The main objective was to explore the difficulties that the Asalée general practitioner may have with this protocol. The secondary objective was to look for the improvement tracks.

### Methods :

This is a qualitative study conducted with general practitioners in the Pays de la Loire region who receive an Asalée nurse for more than two years. Eleven semi-directed interviews were conducted to satisfy the data saturation. The retranscription has been done as faithfully as possible with a word processing software. The exploitation of the verbatim was inspired by the grounded theory method.

### Results :

The subject of « tobacco » is difficult to discuss in consultation because it's a matter of patient's privacy, whereas it's often brought up by the physician. There is sometimes a lack of interest from the doctor in the topics of prevention and addiction.

The doctor has difficulties to delegate to the Asalée nurse. He has to introduce patients to a nurse who doesn't like to the idea they have of her. Due to the specificity of COPD, the interpretation of the spirometry and the follow-up of the patient remain medical time. The delegation of tasks requires the organization of a transmission time.

Physicians have expressed the need to be more aware. They want a feedback on their practice. They recognize that the patient is better followed with the help of the Asalée nurse. They link that the system should be expanded and made known to patients and physicians. They would like to have the help of pneumologist if necessary.

### Discussion and conclusion :

The use of the « tobacco-COPD » protocol depends, among other things, on co-motivation of the different protagonists. Working with an Asalée nurse can help the physician think about tobacco and COPD. More training/ awareness for nurses and physicians is needed to fully apply the protocol.

**Keywords :** Asalée system, doctor/nurse/patient cooperation, COPD & tobacco, prevention, spirometry, motivational interviewing self-efficacy, public health