

# Médecins, infirmières: et si l'on soignait autrement?



27 mai 2008 Par **Carine Fouteau**

- **LIRE AUSSI**

**Salaires et conditions de travail: les infirmières lancent un nouvel SOS**

Elles disent avoir le temps d'écouter les patients et de les suivre individuellement. De prévenir les maladies plutôt que d'«*arriver quand il est trop tard*». De travailler sur un pied d'égalité avec les médecins à des horaires qui leur conviennent à peu près.

Qui sont ces infirmières globalement satisfaites de leurs conditions de travail à l'heure où leurs collègues se plaignent de l'alourdissement des tâches et, pour les libérales, du retard dans les augmentations tarifaires ? Une poignée de femmes organisées en association dont la mission est de travailler aux côtés de médecins en centrant leurs interventions sur l'éducation et la prévention.

Elles sont les pionnières de l'expérimentation Asalee, pour Action de santé libérale en équipe, entamée en 2004 dans les Deux-Sèvres. Elles sont l'exemple de redistribution des rôles entre généralistes et infirmières dans une zone rurale, à un moment où le gouvernement prépare un projet de loi visant à combattre la désertification médicale et à proposer des formes de délégation des soins.

Elles sont sept et travaillent avec 40 médecins regroupés dans 20 cabinets du département. Pour elles, finis les piqûres, les injections et les pansements à la chaîne. Elles reçoivent les patients, une fois qu'ils ont vu leur médecin traitant, dans le cadre du dépistage (et dans certains cas du suivi) du diabète, des cancers du sein et du côlon, des troubles cognitifs et des risques cardio-vasculaires.

Pour Marie-Claire Le Douaran, ancienne infirmière libérale, qui travaille avec sept médecins à Brioux-sur-Boutonne et dans ses alentours (dans le sud du département), le changement de vie est radical : «*Avant, j'enchaînais une cinquantaine de visites par jour, ma journée commençait à 7 heures le matin et se terminait vers 21 heures. Les consultations allaient très vite, juste le temps de faire le soin prévu et il fallait repartir. Il n'était pas question de faire de la prévention. Etant à la campagne, dans une zone éloignée des hôpitaux, je passais beaucoup de temps dans ma voiture à faire des kilomètres pour aller d'un endroit à l'autre. Aujourd'hui, je travaille principalement en cabinet, j'ai en moyenne 10 rendez-vous par semaine et donc le temps non seulement d'écouter et de renseigner les patients, mais aussi de consulter leurs dossiers en amont et de les compléter après la consultation.*»

C'est en effet l'une des spécificités de cette expérience : médecins et infirmières partagent l'accès au dossier des patients en tentant d'inventer une nouvelle forme de coopération.

Les infirmières ne prescrivent pas de médicaments, mais font un compte rendu écrit (sous leurs initiales) de leurs consultations et signalent les éventuels examens à effectuer. Elles garantissent ainsi une forme de suivi dans les soins prodigués et permettent aux médecins d'être plus opérationnels lorsqu'ils voient les patients.

- ***Des premiers résultats probants***

*«Cette collaboration a changé notre manière d'appréhender les maladies chroniques. Nous sommes beaucoup plus vigilants sur le suivi et le vécu par le patient de la maladie. Cela, on le doit aux échanges que les patients ont avec les infirmières»,* indique le docteur Isabelle Rambault, installée à Brioux.

*«Le problème du médecin généraliste, c'est qu'il travaille au fil de l'eau. Si vous voyez une personne pour un mal de dos, vous ne l'interrogez pas forcément sur son taux de cholestérol. S'il ne vous rappelle pas, vous ne verrez pas comment les symptômes évoluent»,* souligne de son côté le docteur Jean Gautier, établi à Châtillon-sur-Thouet, à l'origine d'Asalee.

*«Pour améliorer la qualité des soins, ajoute-t-il, on a jugé indispensable de passer de traitements au coup par coup à la mise en place de protocoles concernant toute une population ayant la même pathologie. On a choisi de travailler sur le diabète, l'hypertension artérielle, le dépistage des cancers du sein et du côlon, et les troubles cognitifs, parce que ces maladies sont particulièrement répandues chez nos patients plutôt âgés.»*

Les premiers résultats sont probants, selon l'évaluation réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) et rendue publique en janvier 2008. Centrée sur les diabètes de type 2, qui représentent un tiers de l'activité des infirmières, l'étude révèle que les patients suivis dans Asalee réalisent plus systématiquement les examens de suivi et voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Et cela sans coût supplémentaire pour l'assurance-maladie, selon l'Irdes, alors même que le patient ne paie pas la consultation : l'association Asalee, dont le budget 2007 a atteint 485.934 euros, est financée principalement par l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam) du Poitou-Charentes.

Après avoir été recrutées, toutes les infirmières ont bénéficié d'une formation spécifique. Elles ont ensuite l'occasion d'échanger sur leurs pratiques lors de réunions mensuelles. Salariées par l'association, elles sont aux 35 heures. La contrepartie est financière, notamment pour celles qui exerçaient en libérale.

Marie-Claire Le Douaran gagne *«environ»* 1.800 euros nets par mois, contre en moyenne 3.000 euros auparavant. Mais, précise-t-elle, *«les charges étaient très lourdes, il y avait tous les papiers à remplir en tant qu'indépendante, les frais kilométriques et la voiture à changer de temps en temps. En ce moment, c'est sûr, la hausse du prix de l'essence doit peser lourdement sur les revenus de mes ex-collègues.»*

- ***La volonté d'étendre l'expérimentation***

Certaines organisations syndicales sont sceptiques s'agissant de cette expérimentation, notamment la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil). *«Même si cela a l'air de bien se passer sur le terrain, nous n'y sommes pas très favorables dans la mesure où le statut de salarié crée une relation de subordination entre le médecin et l'infirmière»,* indique Annick Touba, présidente du Sniil.

*«Les infirmières libérales ne doivent pas s'inquiéter : puisqu'on ne fait pas de soins, on ne leur fait pas concurrence. Quant à notre relation avec les médecins, elle est très claire puisque nous sommes salariées par l'association, pas par eux. A chacun de trouver sa place. Le principal avantage, c'est que cela nous permet une vie plus équilibrée, on ne travaille ni les jours fériés, ni les week-ends, ni de nuit, on est relativement autonomes pour organiser notre journée, mais le désavantage, c'est que l'on se trouve un peu isolée»,* indique Claudie Goubeau, la première infirmière à avoir sauté le pas en juin 2004, après avoir travaillé, entre autres, en chirurgie viscérale et en «long séjour» à l'hôpital de Thouars.

Quel est le devenir d'Asalee ? Jean Gautier espère obtenir des moyens financiers pour étendre l'expérimentation à l'ensemble du Poitou-Charentes, dès septembre 2008, ainsi qu'à d'autres départements, où plusieurs équipes médicales (dans la Nièvre, les Vosges, en Rhône-Alpes et en Haute-Normandie) se sont déclarées prêtes à dupliquer le modèle.

Alors que la ministre de la santé prépare un projet de loi «santé, patients et territoire», qui pourrait être examiné par le Parlement à l'automne 2008, nous avons voulu voir ce qui se fait déjà en matière de collaboration entre des médecins généralistes et des infirmières. D'où l'éclairage que nous proposons sur l'expérimentation Asalee, localisée sur le département des Deux-Sèvres, mais dont l'ambition est d'être reproduite ailleurs en France.

### Pour en savoir plus:

- Sur les conclusions de l'étude menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), publiée en janvier 2008. Le rapport détaillé est [ici](#).

- Sur la recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) sur les «formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé», rendue publique en avril 2008. C'est [ici](#).

C'est drôle la réflexion de cette infirmière, qui payée moins, dit pourtant être satisfaite, ce qui montre bien que la qualité dans le travail est sûrement aussi importante que ce qu'on gagne. Ce qui ne m'empêche pas de penser que 1800 €, ce n'est pas assez. Je suis stupéfaite des salaires en France parfois. J'ai ce sentiment étrange, mais réel que la situation a empiré, et je le vois avec les étudiants des différentes promotions étudiantes que j'ai pu faire. J'ai eu été boulimique étudiante ! Bref, j'ai gardé contact, et les nouveaux étudiants commencent sur des échelles de salaires inférieures à la mienne en 2000. Même parfois, bien inférieures et à des postes de semi cadres, qui plus est. Bref, c'est assez effarant, je serais assez preneuse d'une enquête de mediapart sur cette question. Il y a déjà eu des études sur la question de l'écart entre salaires des grands patrons et les autres, mais ce serait intéressant d'approfondir. Y a-t-il réellement baisse du niveau des salaires en France? Bien sûr ce n'est pas facile car cela dépend vraiment des secteurs me dira-t-on avec raison. Mais globalement, c'est aujourd'hui mon sentiment, que je n'ai pas forcément dans d'autres pays européens. En tout cas, pas tant que cela en Angleterre, en Allemagne ou en Espagne. A diplôme égal, il me semble que l'entrée dans le travail soit (bien sûr plus facile) mais aussi mieux rémunérée. Les personnels de santé ont souvent été (infirmiers et infirmières, aides soignantes et autres les orphelins du système... Peut-être qu'avec ce genre d'expérience, cela pourrait changer. En tout cas, cela fait plaisir de voir des infirmières heureuses et des médecins satisfaits de nos jours.....

27/05/2008 08:57 Par [Christel](#)

- Vous devez **vous connecter** pour poster des commentaires

Enfin un exemple concret qu'on peut à moyens égal améliorer la qualité des soins grâce à une réorganisation.

Il ne faut pas hésiter à faire sauter les verrous dans tout un tas de domaines.

Cet article incite à l'optimisme.

Il serait intéressant de mener l'enquête dans d'autres secteurs pour faire le point sur les expérimentations en cours : justice, police, CCI, etc ...

Vous l'avez déjà fait pour le RSA. Cela permet de se faire un avis avant que le discours politique nous tombe tout cuit dans le bec.

27/05/2008 13:21 Par [Locace](#)

- Vous devez **vous connecter** pour poster des commentaires

Plusieurs points me viennent devant cet intéressante étude de cas.

1. Parler salaire ou honoraire, cela pose un problème. Il faudrait dans tous les cas parler revenu net, cad pour des infirmières en libéral leur recettes d'honoraires moins leurs charges (frais de voiture ou déplacement, frais de cabinet, cotisation retraite et SS- à condition de couverture comparable au salaire-, assurance RC Professionnelle,...). Donc être très prudent dans la comparaison des chiffres.
2. Enfin des médecins évoquent autre chose que le soin d'une pathologie . La santé publique, n'est-ce pas d'abord une appréhension globale de la personne, sous l'aspect médical, physique et mental, mais aussi l'hygiène et les conditions de vie...
3. N'étant pas issu du monde sanitaire, je suis frappé de l'approche règlementaire de l'exercice de ces professions en France. La frontière fonctionnelle est cependant de plus en plus impossible à tracer entre les activités. La hiérarchie des diplômes rigidifie tout. Le médecin commande l'infirmière, qui encadre les aides-soignantes, qui contrôlent les assistantes de vie. Curieux modèle pour approché des situations aussi complexes. Il y a des actes techniques, puis des indispensables "nursing", la tendresse étant aussi importante que l'antibiotique, la nourriture que le traitement! Le management du tout implique encore d'autres talents, qui ne se mesurent pas nécessairement au nombre d'années d'études.
4. La continuité du suivi de la personne fragile tombe sous le sens. L'infirmière a toutes les qualifications pour l'assurer, d'autant que la technicité croissante des actes médicaux pousse inéluctablement vers la spécialisation. Bon vent donc à cette expérimentation, parfaitement adaptée à une population vieillissante, dont le mal de vivre ne vient pas de mauvais traitement médicaux, mais de dégradations progressives des performances avec des liens sociaux et affectifs qui se délitent

27/05/2008 15:46 Par **Daniel Carré**

- Vous devez **vous connecter** pour poster des commentaires

Certes, la prévention est une bonne chose; de même que l'éducation des patients (et des familles, je pense) notamment pour des patients non malades mais porteurs d'un ou plusieurs facteurs de risque même si l'éducation nécessite des "piques de rappel" multiples pas toujours suivies d'effet.

Le choix de "travailler moins pour travailler mieux et gagner moins" est aussi intéressant (je suis bien placé pour le dire puisque je l'ai fait) surtout quand on a connu le stakhanovisme.

Il n'en reste pas moins que ça ne va pas résoudre le problème car il faudra bien que certains fassent le "sale boulot" pas tellement mieux payé puisque 35H de soins en libéral équivalent au minimum à 50H de travail en cumulant au soin la comptabilité et la paperasse. Avec une perte d'attractivité de ce type de travail auprès de la jeune génération.

Comment allons-nous faire collectivement? Avoir une "immigration choisie"? Donner un vrai plan de carrière à ceux qui arrivent dans les métiers de santé en leur réservant ce genre de travail plus calme en fin de carrière? Salarier les professionnels de santé malgré le surcoût qu'on peut en attendre? Abandonner les soins de proximité? Voir une autre solution qui m'échappe?

Donc, c'est très bien mais le vrai problème reste entier.

27/05/2008 16:00 Par **patrick neubert**

- Vous devez **vous connecter** pour poster des commentaires

Bonjour patrick neubert. Je sais que nous partageons les mêmes centres d'intérêt avec des approches distinctes et je crois , très complémentaires.

Comment allons-nous faire collectivement?

Le "billet" a le mérite d'ouvrir un sujet qui ne mobilise pas les foules ... sauf quand elles sont mécontentes de l'offre de soins. Toutes les expérimentations sont utiles ;elles soulèvent en général 2 types de questions:

- l'aspect "concret" évacue un peu vite les fondamentaux sous-jacents : la délégation des tâches en est une illustration particulièrement significative des hiérarchies

professionnelles résultant des diplômes et des statuts

- la généralisation des expérimentations n'est pas une mission pour amateurs ,ce qui explique l'hystérésis à la mise en oeuvre

Je suis assez d'accord .....le vrai problème reste entier.

27/05/2008 17:24 Par **Jacques Pouzet**

- Vous devez **vous connecter** pour poster des commentaires

Ni naïf ni roué, perspicace et informé, le malade...

A l'heure où les administrations confondent à l'envi formation, gestion et économie, marketing et maladies, je suis curieuse aussi de lever un coin du voile qui enveloppe la "formation spécifique" dont bénéficient celles qui travaillent désormais mieux, disent-elles par voie de presse, pour gagner moins, est-il écrit.

Cela m'évoque un dialogue que j'ai eu l'occasion de surprendre aux urgences dans un hôpital parisien :

Elle, visiteuse en tenue de ville, la soixantaine : "tu vas sûrement bénéficier d'une hospitalisation à domicile..."

Lui, un peu plus âgé peut-être, en robe de chambre et pyjama, marchant avec précautions : "non non, ça n'existe plus, tu sais, maintenant il y a des services à la personne..."

Silence, puis un sourire s'échange et lui, à voix basse :

"ça promet..."

27/05/2008 16:28 Par [ngl](#)

- Vous devez **vous connecter** pour poster des commentaires