

Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée

La coopération entre médecins généralistes et infirmières¹ est considérée comme un levier pour améliorer les conditions, l'organisation et la qualité du travail en soins de premiers recours, voire sa performance [8, 33]. En France, le dispositif action de santé libérale en équipe (Asalée), porté par l'association éponyme, expérimente depuis 2004 la coopération entre médecins généralistes et infirmières Asalée. Il offre un cadre pour le développement de pratiques avancées infirmières, comprenant notamment des tâches de dépistage, de suivi et d'éducation thérapeutique.

À travers une synthèse des enseignements tirés des travaux de recherche évaluative conduits sur le dispositif [1, 11, 15], cet article a pour objet de discuter de l'opportunité et des conditions du développement de telles pratiques, dans un contexte prévoyant en 2019, suite à la reconnaissance en 2018 d'un métier et d'un diplôme d'infirmier en pratiques avancées, de nouvelles mesures relatives à leur rémunération et à leurs modalités d'exercice en maisons et centres de santé pluriprofessionnels.

Origine, déploiement et contenu de la coopération dans le dispositif Asalée

D'abord local, le dispositif Asalée s'est structuré progressivement pour concerner aujourd'hui plus de 700 infirmières et près de 3000 médecins généralistes au niveau national. Ce dispositif expérimental s'est adapté aux incitations institutionnelles donnant accès à des financements nationaux.

Formées à l'éducation thérapeutique (ETP), les infirmières Asalée interviennent auprès d'un ou plusieurs médecins, qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur dépistage et/ou leur suivi dans le cadre de quatre protocoles : diabète, risque cardiovasculaire, broncho-pneumopathie chronique obstructive et troubles cognitifs.

Le dispositif vise ainsi à améliorer la qualité des prises en charge en soins primaires à travers une offre d'ETP, voire de prévention primaire et secondaire, mais aussi à sauvegarder du temps médical par le biais d'une délégation dérogatoire d'actes des médecins vers les infirmières (électrocardiogramme, spirométrie, prescription d'examen biologiques, examens du pied diabétique et tests de mémoire).

1. Nous adoptons ici le féminin pour les infirmières, chez qui la proportion de femmes est très majoritaire, et le masculin (neutre) pour les médecins.

Un espace de transformation des pratiques professionnelles en soins primaires soutenu par une organisation intermédiaire innovante

Le dispositif Asalée se présente comme une organisation innovante à un double titre : à travers la construction locale de pratiques coopératives au sein de chaque binôme médecin-infirmière, et à travers la position intermédiaire tenue par l'association entre les financeurs et les professionnels ainsi que le soutien qu'elle apporte aux équipes [11].

On observe dans certaines équipes l'émergence d'un ordre négocié du travailler ensemble, fondé sur un travail relationnel et organisationnel entre patients, infirmière et médecin. Cela nécessite d'apprendre à considérer le patient comme acteur, mais aussi, comme le dit un médecin, de passer « d'une posture haute [à] une posture de collaboration » et, comme l'indique une infirmière, d'accepter qu'elle devienne « un peu pivot de la prise en charge ». C'est grâce à des échanges réguliers entre médecin et infirmière, au cours de rencontres physiques et via les dossiers médicaux informatisés des patients, que ce travail d'équipe peut se construire au fil du temps. Cependant, il n'est pas systématiquement au rendez-vous, car les pratiques des binômes et l'intensité de la collaboration sont hétérogènes : les motivations des professionnels qui s'engagent dans le dispositif étant contrastées et l'implication des médecins variable, c'est souvent sur l'infirmière que repose le rôle d'agent du changement.

En parallèle, l'association Asalée constitue une organisation intermédiaire qui, en rémunérant les infirmières, joue un rôle de tiers entre financeurs et professionnels, et entre infirmières et médecins. Elle offre également un ensemble de ressources pour soutenir les infirmières dans leur travail et favoriser l'engagement des médecins. Outre le temps dévolu aux rencontres avec le patient, ce qui rend possible le travail de l'infirmière au quotidien, ce sont les protocoles, la formation initiale, le compagnonnage, le système d'information et l'accès aux dossiers médicaux informatisés, ainsi que les réunions de concertation avec le médecin généraliste. Pour étayer ensuite les transformations sur le long cours, l'association offre des espaces de réflexivité collective entre infirmières sur leurs pratiques, et aussi entre infirmières, médecins et ingénieurs sur des thématiques structurantes pour le dispositif comme le recrutement, la formation ou la recherche.

Cécile Fournier

Maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Julien Mousquès

Directeur de recherche, Irdes

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.



Soins de proximité : vers un exercice d'équipe

Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières

L'hétérogénéité de la mise en œuvre du dispositif Asalée et la diversité des pratiques ont aussi pu être documentés à partir d'une enquête menée mi-2015 auprès de 1 065 binômes et d'un travail d'analyse exploratoire sous la forme d'une typologie [1]. Trois « classes » ou « catégories » de binômes se distinguent. Parmi les facteurs contribuant à ces différences, l'intensité de l'activité dans le dispositif (ETP, actes dérogatoires) est déterminante, mais d'autres facteurs émergent : les modes d'exercice et le temps d'activité des infirmières, la nature et l'intensité de la coordination et de la coopération entre médecin et infirmière, leur ancienneté dans le dispositif, les caractéristiques du cabinet médical (solo, groupe mono ou pluridisciplinaire et taille), celles des médecins et infirmières ainsi que leur perception des apports et effets du dispositif Asalée.

La classe 1 (38 %) regroupe les binômes qui sont entrés dans une phase de maturité, avec la plus grande ancienneté dans le dispositif et l'activité la plus intense. La classe 2 (44 % des binômes) peut être considérée

comme en phase de croissance et se démarque par des binômes entrés plus récemment et développant une activité intermédiaire. La classe 3, de taille plus modeste (18 %), concerne surtout des binômes en construction, avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée et pour lesquels l'activité dans le dispositif est la plus faible.

Les infirmières de la classe 1 travaillent à temps plein, avec une forte activité en matière d'ETP et d'actes dérogatoires, alors que, dans les classes 2 et 3, elles exercent plus souvent sous statut libéral, à temps partiel voire très partiel (respectivement 27 et 14 heures dans les classes 2 et 3). Dans la classe 1, elles exercent dans un seul cabinet, le plus souvent pluriprofessionnel, de grande taille et localisé dans un espace périurbain ou une marge rurale. Dans les classes 2 et 3, les cabinets sont en revanche de petite ou de moyenne taille, l'exercice de l'infirmière fréquent dans plusieurs cabinets, les médecins travaillant le plus souvent avec une seule infirmière dans la classe 2 et plusieurs dans la classe 3. Les binômes des classes 1 et 2 disposent d'un appui plus fort (local dédié, secrétariat impliqué), contrairement à ceux de la classe 3. Les échanges entre médecin et infirmière

Maison de santé pluridisciplinaire du Véron : une expérience d'unité de soins

La gestion des demandes de soins non programmés représente un enjeu majeur du plan « Ma santé 2022¹ », et le financement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) reposera, entre autres, sur ce critère socle.

Les médecins généralistes assument très massivement cette réponse. Ainsi en 2017-2018, alors que la grippe générerait 2 400 000 actes en médecine de ville en France, on dénombrait 75 000 passages dans les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) pour ce même motif (97 % *versus* 3 %²). Pourtant, un grand nombre de passages dans ces SAU pourraient être évités si la réponse ambulatoire était plus lisible et organisée.

Dès sa conception en 2004, la maison de santé du Véron avait affiché sa volonté de répondre à la demande de soins non programmés de la population du territoire, représentant une file active de plus de 8 000 patients. Initialement, chacun des cinq médecins libérait à tour de rôle des créneaux de consultation afin d'absorber les demandes du jour, après régulation du secrétariat. Mais ce mode de fonctionnement a rapidement montré ses limites, conduisant l'équipe à modéliser une réponse basée sur la création d'une unité de soins non programmés au sein de la maison de santé³. Il ne s'agit ni d'une consultation libre, porte ouverte à des demandes sortant du cadre des soins non programmés, ni d'un service d'accueil des urgences – même si, bien sûr, certaines demandes peuvent nécessiter un transfert vers ceux-ci.

Cette organisation repose sur une régulation des demandes par

le secrétariat, des locaux spécifiques – box de consultations, qui ne sont ni les bureaux habituels des médecins ni le box d'urgence –, des plages horaires larges gérées par les médecins seniors de la maison de santé, une information des patients et des autres professionnels de santé du territoire (pharmaciens, infirmiers libéraux...). Lors des consultations de soins non programmés, les médecins sont incités à prodiguer du « conseil minimal santé » afin de contribuer à l'éducation à la santé des patients et éviter un consumérisme médical inapproprié.

La conception des locaux de la maison de santé pluriprofessionnelle a permis de faire les travaux nécessaires à la réalisation de ce nouvel espace. L'unité de lieu, le plateau technique avec électrocardiogramme et le médecin échographe dans les murs, ainsi que la présence d'étudiants en médecine (externes et internes) s'avèrent être des atouts pour cette organisation. L'équipe de secrétaires a dû être renforcée, permettant aux médecins

Laurent Bréchat

Médecin généraliste, maison de santé pluridisciplinaire universitaire du Véron, Indre-et-Loire

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

2. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance/Archives/Bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-16-Bilan-preliminaire.-Saison-2017-2018>

3. <https://www.mspuveron.fr/recherche/unite-de-soins-non-programmes/>

sont fréquents et les temps de présence simultanée importants dans la classe 1, pas dans les 2 et 3.

Du temps médical sauvegardé

Le dispositif Asalée se traduit par la sauvegarde de temps médical grâce à l'ETP et à une délégation d'actes des médecins vers les infirmières. L'analyse de l'impact du dispositif sur l'évolution de l'activité des médecins entrés dans l'association entre 2011 et 2015, à partir d'une méthode quasi expérimentale, montre en effet un impact positif et significatif sur la taille de la patientèle, à jours travaillés quasi inchangés, mais aucun impact sur le nombre de consultations au cabinet ou de visites à domicile [15]. La taille des patientèles augmente de 7 % relativement à la période avant l'entrée dans Asalée et à un groupe de médecins témoin comparable.

L'augmentation est majoritairement concentrée sur les médecins exerçant dans les communes ayant l'accessibilité aux soins de médecine générale la moins favorable et sur ceux qui ont développé une coopération plus intense avec les infirmières et une activité Asalée plus prononcée.

La délégation de certains actes et suivis des médecins à l'infirmière libère du temps médical au cours de la journée travaillée. Celui-ci semble alors réalloué au suivi d'un plus grand nombre de patients, de la file active ou inscrits médecin traitant, vraisemblablement en raison d'une demande préalablement rationnée.

Conclusion

Le programme de recherche a déjà permis de mettre en évidence le caractère innovant du dispositif, sa capacité à offrir de nouveaux services et à accompagner une transformation des rôles des infirmières et des médecins, et son impact positif en matière de sauvegarde de temps médical. Les résultats sur la qualité du suivi pour les patients diabétiques et le parcours de soin des patients viendront en complément. Au-delà du dispositif Asalée, des enseignements peuvent être tirés sur les conditions de réussite de l'introduction des futures infirmières de pratique avancée auprès des médecins généralistes, et notamment sur l'importance du rôle joué par une organisation intermédiaire. ●

non programmés

de ne pas gérer les encaissements et la carte Vitale afin de se centrer sur leur mission de soins.

Actuellement l'unité de soins non programmés reçoit entre trente et cinquante patients par jour selon les périodes de l'année, en plus des patients gérés par les médecins de manière « classique », chacun des médecins réservant sur ses jours de présence environ cinq créneaux pour gérer les problèmes aigus de sa patientèle.

Les patients habituels de la maison de santé plébiscitent l'organisation, jugée rassurante, et temporisent volontiers les week-ends ou en soirée pour attendre d'être vus en période ouvrable si besoin⁴. Les patients de passage sont eux aussi conquis. Enfin, l'unité de soins non programmés est amenée à répondre aux demandes de patients d'autres cabinets du secteur en cas de carence de réponse et après demande de vérification auprès du médecin

traitant du patient. L'adhésion des médecins de la maison de santé a été facilitée par une habitude de travail en commun, de partage d'informations (logiciel, métier), et par l'aspect gratifiant de ce champ d'action répondant à un besoin réel de la population. Les remplacements et les recrutements de nouveaux médecins, facilités par la maîtrise de stage et le confort de travail, ont permis de renforcer le pool de médecins.

Les pharmacies du territoire, portes d'entrée fréquentes pour les patients de passage, apprécient ce modèle leur permettant d'adresser si besoin ceux-ci pour avis médical.

La maison de santé pluriprofessionnelles du Véron fait partie intégrante de la communauté professionnelle territoriale de santé de la Rabelaisie, qui se compose de deux autres maisons de santé, en activité et en projet, et de plusieurs cabinets de groupe. Nous sommes persuadés que la gestion des soins non programmés pour la popula-

tion passe par l'organisation infraterritoriale autour des équipes de soins primaires, structurées ou non actuellement. Cet accompagnement au changement constitue une des priorités de la communauté professionnelle territoriale de santé.

Depuis un an, la maison de santé du Véron doit faire face à un afflux de demandes de soins programmés ou non, lié aux départs non remplacés de médecins isolés des départements voisins (donc hors CPTS de la Rabelaisie). Certains patients vivant à plus de 20 kilomètres de notre maison de santé se retrouvent sans réponse à leurs demandes de soins. Aujourd'hui, l'unité de soins non programmés fait face à cette situation du mieux possible. Cette réponse ne peut se concevoir qu'en réfléchissant en parallèle à une nouvelle organisation concernant les autres champs du soin primaire : prévention, suivi de pathologie chronique, etc. L'apport des assistants médicaux nous semble prometteur. ●

4. http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_TraversAdrien.pdf