

parentalité, porté par une orthophoniste et une sage-femme. En 2017, quelques professionnels de santé de la commune de Beaulieu se sont regroupés en association pour porter collectivement des projets de prévention. Début 2018, ils ont décidé de se constituer en ESP-Clap pour être en mesure de répondre à l'appel à projets de l'ARS à destination des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, et d'obtenir des financements pour déployer leurs actions de prévention.

À ce jour, onze professionnels de santé de huit professions différentes ont rejoint l'ESP-Clap et de nouvelles actions ont vu le jour, notamment des réunions de concertations pluriprofessionnelles d'échange de

pratiques, des consultations pluriprofessionnelles au chevet du patient et des protocoles sur la prise en charge des pathologies chroniques, en cours de formalisation.

Le modèle de l'ESP-Clap a permis aux professionnels de mettre en place une coordination de manière très progressive, qui s'enrichit régulièrement de nouveaux professionnels et de nouveaux projets, sans relation pécuniaire entre professionnels et sans obligation d'aller vers un système d'information partagé.

Néanmoins, des problèmes organisationnels commencent à émerger, liés notamment au temps administratif de coordination, qui les amèneront peut-être à terme à envisager une structuration en maison de santé pluridisciplinaire. ●

Exercice partagé avec des assistants médicaux : une expérience à Bourg-en-Bresse

La démographie médicale de l'Ain est, à l'instar de nombreux autres départements, fragile, avec 62 médecins pour 100 000 habitants *versus* une moyenne régionale de 79 [26]. Il en résulte une difficulté importante d'accès aux soins à plusieurs niveaux : difficulté à trouver un médecin traitant [24] et à accéder à des soins non programmés en journée [34]. L'organisation en maison de santé et la participation au réseau Asalée (action de santé libérale en équipe) [11] ne permettait pas d'améliorer significativement cet accès aux soins.

Le cabinet médical de Norélan a ouvert en 2014, avec un concept inspiré du système de santé des anciens combattants, la Veteran Health Administration (VHA), aux États-Unis [30]. Le principe est d'élaguer de la consultation du médecin toutes les tâches qui ne sont pas strictement médicales et de les redistribuer à une équipe administrative et infirmière salariée.

Si la délégation des fonctions administratives est une évidence pour beaucoup de regroupements professionnels, la délégation infirmière était une innovation. Assurant des fonctions d'accueil, de préparation de la consultation et d'éducation thérapeutique, l'infirmière assistante libérait un temps médical, redirigé vers la coordination et l'amélioration de l'accès aux soins. L'équipe administrative assure, en plus des fonctions habituelles, la facturation électronique, l'encaissement et le suivi comptable du tiers payant.

Missions des infirmières

Les infirmières assistantes avaient plusieurs missions en consultation et en dehors des consultations. Chaque typologie de consultation était protocolisée avec une répartition des tâches entre l'équipe médicale, infirmière et administrative (tableau 1).

Liens entre les infirmières assistantes et le dispositif Asalée

Les deux dispositifs, Asalée et infirmières assistantes, ont coexisté en parfaite complémentarité. Bien que les deux dispositifs visent à améliorer la qualité du suivi des patients tout en libérant du temps médical, nous avons constaté qu'ils s'adressaient à des publics très différents.

Les usagers actifs, indemnes de pathologies chroniques, les patients complexes à problématiques psycho-médico-sociales ne peuvent disposer de temps de prévention Asalée, faute de protocole adapté. Pour ces populations, l'infirmière assistante garantissait un accès minimal et systématique à un temps de prévention, quel que soit le motif de consultation, y compris pour des consultations simples comme les pathologies ORL bénignes, qui peuvent être le seul contact médical de l'année pour ces usagers.

Pour les patients suivis conjointement avec l'infirmière Asalée, le temps d'accueil en consultation était centré exclusivement sur le motif de consultation.

Modèle économique

Le modèle économique était basé sur l'augmentation du nombre d'actes quotidien effectué par le médecin, grâce au temps médical économisé.

Le forfait structure versé par l'assurance maladie participait au fonctionnement de l'équipe administrative. Les forfaits d'équipe (nouveaux modes de rémunération puis accord conventionnel interprofessionnel), étaient consacrés aux frais spécifiques du travail pluriprofessionnel.

L'augmentation du nombre d'actes quotidien ne couvrirait pas intégralement les frais de fonctionnement. La

Céline Le Bihan
Médecin généraliste,
cabinet médical
de Norélan,
Bourg-en-Bresse, Ain

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



tableau 1

Missions des infirmières assistantes

Missions infirmières en consultation	Missions infirmières hors consultation
Accueil et installation du patient, recueil du motif de consultation et réalisation d'actes diagnostiques adaptés (électrocardiogramme, bandelettes urinaires, recherche d'hypotension orthostatique...)	Gestion des biologies : anticoagulants, examens bactériologiques
Vérification du plan de soin personnel du patient : examens radiologiques ou biologiques prescrits, suivis spécialisés	Incrémentation des dossiers médicaux avec les courriers reçus, codage des données
Vérification du statut vaccinal	Gestion du matériel médical et des stocks de consommables
Vérification de la participation aux dépistages organisés : cancer du sein, du colon, du col de l'utérus	Gestion des requêtes en lien avec le médecin DIM* de la FFMPs**
Temps de prévention et d'éducation thérapeutique personnalisé (conseils de lutte contre l'hypotension orthostatique, par exemple)	Participation à la réunion hebdomadaire d'équipe, mise en évidence des divergences de pratiques, proposition en vue de l'amélioration de la qualité des prises en charges et de l'accueil des patients
Incrémentation des carnets de santé : vaccins, courbes de croissance	
Incrémentation du dossier médical, codage des données	

* Département de l'information médicale. ** Fédération française des maisons et pôles de santé.

rémunération des médecins a été adaptée afin de faire vivre le projet pendant trois ans.

Bénéfices

Les bénéfices de ce mode d'exercice ont concerné tous les acteurs du soin. Les usagers ont bénéficié d'une amélioration de l'accès aux soins par l'ouverture d'un plus grand nombre de plages de consultations quotidiennes, dédiées aux soins non programmés et à l'accueil de nouveaux patients. L'accès au soin préventif était aussi amélioré, par un temps dédié systématique en consultation.

Pour les médecins, le temps gagné sur les consultations était réorienté sur des actes de coordination et sur la prise en charge d'un plus grand nombre de situations complexes, sans augmentation de la charge mentale. L'intervention infirmière systématique sur la prise en charge des patients est un vecteur d'augmentation de la protocolisation et de la systématisation des prises en charge, donc de sécurité et de qualité des soins. La navigation des infirmières entre les différents praticiens, avec des temps d'échanges d'équipe organisés, a permis un travail d'harmonisation et d'amélioration des pratiques entre les médecins.

Les infirmières ont bénéficié d'une valorisation de leurs compétences relationnelles, diagnostiques, et d'éducation thérapeutique auprès des usagers. Le travail collaboratif médecin-infirmière était source de sécurité dans leur pratique.

Ce mode d'exercice innovant a permis d'augmenter l'attractivité du territoire pour les jeunes professionnels de santé. Le cabinet, ouvert avec deux médecins, en compte aujourd'hui six.

Limites

Le modèle économique reposait exclusivement sur l'acte, avant sa revalorisation conventionnelle de 2017, avec un équilibre fragile prenant en compte à la fois le coût salarial, le coût des surfaces nécessaires à la consultation partagée, et la baisse de rémunération des médecins. L'arrivée de nouveaux médecins n'ayant pas vocation à avoir le même investissement financier dans le projet, la gestion des congés salariaux, des remplacements, ont mis à mal cet équilibre et conduit à revenir à un mode de fonctionnement traditionnel à l'été 2017.

Quels enseignements tirer de l'expérience ?

La consultation partagée médecin-infirmière peut être une des solutions pour améliorer l'accès au soin et à la prévention en soins primaires. L'expérience menée à Bourg-en-Bresse montre la nécessité d'un modèle économique ne reposant pas exclusivement sur l'acte.

Cette expérience pragmatique est une illustration d'innovation organisationnelle en soins primaires au service d'une population. Elle doit inciter les partenaires institutionnels à poursuivre leur démarche de soutien et de réactivité aux projets innovants portés par les acteurs de terrain. ●