

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf


Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires

Cécile Fournier (Irdes), Isabelle Bourgeois (Icône Médiation Santé, Irdes),
Michel Naiditch (Irdes)

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques.

Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee (Repères p. 6), une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels.

D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

 Le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe), créé en 2004 et porté par une association de médecins généralistes, avait pour objectif initial d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecins généralistes et infirmières (encadré p. 2). Aujourd'hui formées à l'éducation thérapeutique (ETP), les infirmières interviennent auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation pour partager leur suivi dans le cadre de quatre protocoles : dépistage et prise en charge du diabète, suivi des patients à risque cardiovasculaire, dépistage de la broncho-pneu-

mopathie chronique obstructive et dépistage des troubles cognitifs.

Le développement du dispositif Asalée, sous l'impulsion des professionnels de terrain et avec le soutien des autorités de santé, s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation des soins primaires. Leur structuration se renforce, notamment *via* l'exercice pluriprofessionnel associé à de nouveaux modes de rémunération (Fournier *et al.*, 2014). Les reconfigurations de l'offre de soins, du partage des tâches entre professionnels et de la place donnée au patient en constituent des axes centraux. Différents enjeux à la fois sanitaires, démocratiques, professionnels, technologiques,

politiques et économiques innervent ce mouvement. En proposant dans les cabinets médicaux un accompagnement individuel des patients par une infirmière formée à l'éducation thérapeutique (ETP), le dispositif Asalée constitue en ville une offre alternative aux programmes d'ETP collective autorisés par les Agences régionales de santé (ARS), dans des réseaux de santé et des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), par exemple. C'est aussi un laboratoire où s'inventent de nouvelles modalités de travail avec les patients et entre médecins et infirmières. Deux formes entrelacées d'innovation organisationnelle apparaissent ainsi : des pratiques coopératives médecin-infirmière-patient, et leur soutien

Origine et déploiement du dispositif Asalée

Le dispositif Asalée est créé le 6 février 2004, à l'initiative d'un médecin généraliste et d'un ingénieur ayant l'expérience des systèmes d'information médicale, avec le soutien de médecins de santé publique. Ses deux fondateurs évoquent une intuition née de leurs travaux antérieurs : l'idée qu'une infirmière formée et outillée, pensée comme un « informéiateur » (Ig D) exerçant sur le lieu de travail d'un médecin généraliste, peut contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Et ce en leur donnant du temps pour exprimer leurs besoins et être accompagnés vers une plus grande autonomie dans leur vie avec un facteur de risque ou une maladie. Il s'agissait également de répondre à la dégradation des conditions de travail des médecins confrontés à une complexité croissante des situations des patients, alors que la démographie médicale était en recul.

Deux phases se distinguent dans le développement de ce dispositif local de coopération médecin-infirmière. Au cours de la première phase (2004-2008), grâce à un portage institutionnel et un financement de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Poitou-Charentes pendant un peu plus d'un an, 3 infirmières interviennent auprès de 12 médecins généralistes exerçant dans 3 cabinets médicaux des Deux-Sèvres. Le dispositif est consolidé fin 2005 avec la création de l'association loi 1901 Asalée, qui en reprend le portage avec un financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Le dispositif est piloté par un bureau composé de 6 médecins généralistes et d'un ingénieur invité permanent. Entre 2004 et 2008, le dispositif se développe uniquement dans son département d'origine, impliquant un nombre croissant mais restreint de cabinets médicaux. Embauchées par l'association, les « infirmières de santé publique » Asalée structurent progressivement leur activité, centrée sur la prévention, le dépistage et l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques ou de facteurs de risque. Des travaux de recherche qualitative révèlent l'importance du

travail éducatif développé par les infirmières et leur dynamique collective. Ils soulignent également, malgré l'engagement limité des médecins, le potentiel important du dispositif en termes de transformation à la fois de la pratique médicale et des relations soignant-patient (Daniellou et Petit, 2007).

A partir de 2008, et surtout de 2012, le dispositif connaît une seconde phase de développement, avec une extension régionale puis une généralisation nationale, liée au soutien croissant de l'Etat. L'institutionnalisation progressive du dispositif permet une stabilisation des financements, mais apporte aussi des contraintes. La première extension concerne quatre régions et porte l'étiquette « délégation de tâches » en soins primaires, sous condition de protocoles validés par la Haute Autorité de santé en application des dispositions de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Les pouvoirs publics négocient avec la direction de l'association Asalée un nouveau modèle économique, reposant sur le postulat selon lequel le travail de l'infirmière et la délégation d'actes techniques permettraient au médecin d'économiser du temps. Dans ce modèle, une infirmière à temps plein travaille en moyenne avec 5 médecins, rémunérés pour les temps de concertation avec elle. A partir de 2012, l'extension du dispositif devient nationale, via son intégration à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) en tant que module de délégation de tâches. Le dispositif Asalée se développe alors largement dans les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les centres de santé bénéficiaires des ENMR. A partir de 2015 et pour trois ans, ce financement est repris par le Collège des financeurs (ministère en charge de la santé et principaux assureurs sociaux). Le plafond d'effectifs d'infirmiers est maintenu à hauteur de 167 Equivalents temps pleins (ETP), 50 ETP infirmiers supplémentaires étant prévus en 2016 et 50 en 2017. Au 31 décembre 2017, le dispositif Asalée concerne 533 infirmières, représentant 267 équivalents temps plein, exerçant dans 753 cabinets avec 1 959 médecins.

par une organisation intermédiaire jouant un rôle de tiers entre les financeurs et les professionnels, et entre les infirmières et les médecins.

Cette recherche s'inscrit dans la suite de travaux qualitatifs menés dans des lieux d'exercice accueillant une infirmière¹ Asalée. Ils révélaient l'émergence d'une « alliance originale entre le monde du traitement (le *cure*) et le monde du soin (le *care*) » [Daniellou et Petit, 2007], qui répondait aux attentes des infirmières et des médecins impliqués (Mino et Ghadi,

2005). Ces premières analyses montraient également la fabrication d'une nouvelle figure d'« infirmière de santé publique », dont l'activité était tendue entre une logique de soin individuelle et une logique populationnelle (Simondon, 2014). Le dispositif s'étant fortement développé à partir de 2012, nous étudions son évolution au moyen d'une approche compréhensive (encadré Méthode). Celle-ci s'intéresse tant aux pratiques et à l'organisation du dispositif Asalée qu'au vécu des acteurs et au sens qu'ils leur donnent.

Après avoir présenté les motivations, modes de recrutement et configurations d'exercice des professionnels engagés dans le dispositif Asalée, nous décrivons les pra-

tiques mises en œuvre et les dynamiques qui accompagnent leur construction, puis le ressenti des acteurs.

Des professionnels aux motivations contrastées, aux modes de recrutements et configurations d'exercice variés

A leur entrée dans le dispositif, infirmières et médecins se trouvent dans des dispositions différentes vis-à-vis du travail à construire. Cela tient à leurs attentes, modes de recrutement et conditions d'exercice.

Les infirmières ont des attentes fortes et des motivations relativement homogènes, la principale étant le développement d'un travail relationnel avec les patients, que certaines lient d'emblée à une approche éducative : « *J'avais vraiment envie de me diriger vers l'ETP* » (I²). Toutes partagent le souhait d'une plus grande autonomie dans leurs pratiques, et souvent d'un travail d'équipe avec les médecins : « *J'ai trouvé exceptionnel que des médecins et des infirmières arrivent à travailler ensemble pour construire quelque chose, donc j'avais un peu ça en tête* » (I). Quelques-unes y voient l'opportunité d'une transformation du métier d'infirmière, *via* l'expérimentation de pratiques dites « avancées ». Leur motivation est donc forte dès l'entrée dans le dispositif. Le plus souvent, les nouvelles recrues sont sélectionnées localement parmi des candidates nombreuses, à l'issue d'une procédure de recrutement construite et gérée par un groupe d'infirmières référentes. Elles s'assurent de compétences telles que : travailler en autonomie, prendre seules des décisions, se situer dans une approche éducative ouverte et non prescriptive avec les patients, mais aussi négocier leur place auprès des médecins pour faciliter la contribution de ces derniers au dispositif.

Les attentes exprimées par les médecins portent globalement sur une meilleure qualité de prise en charge pour leurs

² Les extraits d'entretien cités sont accompagnés de leur source symbolisée par une initiale : I (infirmière), M (médecin), P (patient), Ig (ingénieur), doublée le cas échéant de leur appartenance à D (la direction : bureau ou conseil d'administration de l'association). E représente l'enquêteur ou enquêtrice.

patients et sur un plus grand confort de travail, et non pas sur l'économie de temps liée à la substitution d'une partie de leur activité au profit des infirmières. D'autres attentes, hétérogènes, sont exprimées, notamment du fait de l'évolution de leur mode de recrutement au fil de l'histoire du dispositif et de leurs trajectoires professionnelles. Si dans les premières années, l'extension du dispositif s'est faite *via* le relais de médecins militants appartenant au réseau syndical (MG France, avec l'aval de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)), aujourd'hui, les médecins ne sont pas engagés individuellement comme les infirmières, mais en tant que membres d'un cabinet candidat au dispositif. Les médecins porteurs du projet dans les cabinets ont de fortes attentes vis-à-vis d'Asalée. Ils expriment une attirance pour le travail pluriprofessionnel et sont sensibilisés au concept d'éducation thérapeutique. Parmi les autres médecins, certains répondent à la sollicitation afin de tester une expérience de coopération qu'ils jugent intéressante, tandis que d'autres manifestent plus de réticences, voire une certaine méfiance. Cette hétérogénéité a eu tendance à augmenter lors de l'extension rapide du dispositif à la France entière. Le processus de sélection, alors moins maîtrisé par l'association, a conduit à recruter des médecins sans connaissance réelle du dispositif, ou en exercice pluriprofessionnel (notamment au sein de MSP). Ces der-

niers étaient *a priori* mieux préparés à un travail coopératif avec l'infirmière.

Les configurations d'exercice des infirmières sont très variées. Elles peuvent exercer dans l'association Asalée à temps plein ou partiel, sous statut salarié ou libéral, en exclusivité ou en conservant un ou plusieurs autres emplois. Elles interviennent dans un nombre de lieux et auprès d'un nombre de médecins variables (voir encadré Méthode). Elles peuvent en *sus* contribuer de façon diverse au fonctionnement de l'association Asalée.

Les configurations d'exercice des médecins sont également multiples (cabinet individuel, de groupe, MSP ou centre de santé), de même que leur temps de travail et leur investissement dans des projets en plus du dispositif Asalée. Ils interagissent généralement avec une seule infirmière Asalée.

Principes de fonctionnement affichés de l'organisation Asalée

Le dispositif a su composer de manière pragmatique avec son environnement politique, professionnel, syndical et institutionnel. D'une part, il s'est adapté aux incitations institutionnelles en s'inscrivant dans un processus de « délégation

de tâches », puis en se raccrochant aux ENMR. D'autre part, il s'est emparé de certains concepts et pratiques émergents, tout en les adaptant à son cadre d'exercice. Il en va ainsi de l'ETP (Loi HPST 2009), et plus tardivement des pratiques avancées infirmières (Loi de santé 2016) [encadré]. De même, l'hostilité des syndicats infirmiers au salariat a conduit le dispositif à offrir également la possibilité d'une rémunération sous forme d'honoraires. D'où le paradoxe, pour surmonter ces oppositions, d'un développement « masqué » pendant les premières années (absence de site Internet et peu de communication), contrastant avec une forte dynamique infirmière. Celle-ci, portée dès l'origine par les « réunions de secteur », est devenue plus visible à partir de 2015, lors des journées nationales réunissant médecins et infirmières.

En interne, l'organisation du dispositif s'est structurée avec certains principes : favoriser « l'autonomie des individus » (Ig D) (patients, infirmières, médecins), avec l'idée que « le patron, c'est le patient » (Ig D). Il s'agissait également de « formaliser prioritairement les organisations émergentes [...] nommer uniquement les hiérarchies naturelles » (Ig D). Ainsi, l'organisation du dispositif s'est structurée pour favoriser la créativité et l'engagement des acteurs et pour permettre une souplesse d'ajustement dans la gestion du dispositif. Ceci

MÉTHODE

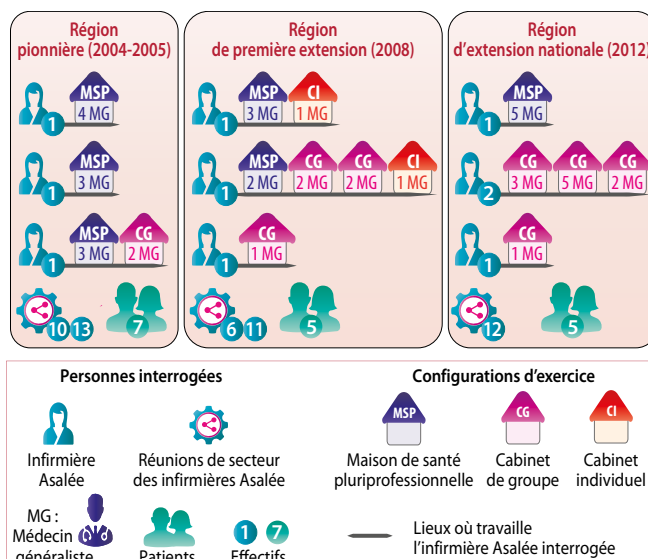
Une approche qualitative compréhensive

Le terrain régional de cette recherche est présenté ci-contre. Les données ont été recueillies entre 2015 et 2017. Des entretiens et observations ont été réalisés dans trois régions correspondant à différentes périodes de la diffusion du dispositif Asalée en France. Dans chaque région, l'enquête s'est intéressée à plusieurs configurations de pratiques selon les lieux d'exercice et le nombre de médecins généralistes avec lesquels l'infirmière collabore. Des entretiens individuels ont été menés avec 10 infirmières et 26 médecins Asalée (appartenant à 23 binômes médecin-infirmière) ainsi qu'avec 17 patients. Des entretiens individuels complémentaires ont été menés avec 13 infirmières. En *sus*, 23 observations ont été menées (17 consultations patient-infirmière et 5 « réunions de secteur » entre infirmières), ainsi que 5 entretiens collectifs avec 52 infirmières.

Au niveau national, 1 entretien a été mené avec la personne pilotant l'expérimentation au ministère en charge de la santé, 2 entretiens avec la Cnam, et 19 entretiens avec des professionnels exerçant des missions transversales dans le dispositif Asalée (8 médecins, 7 infirmières et 4 ingénieurs).

L'analyse des entretiens et notes de terrain a été conduite par une équipe de trois chercheurs, en s'appuyant sur la sociologie interactionniste (Strauss, 1992 ; Huguès, 1996). Les monographies rédigées pour chaque région ont donné lieu à une analyse thématique en équipe, à la fois déductive et inductive, suivie d'une analyse comparative.

Configurations de pratiques étudiées et acteurs rencontrés au niveau régional



Lecture : Dans la région de première extension, la deuxième infirmière travaille avec 7 médecins exerçant dans 4 lieux (1 MSP, 2 cabinets de groupe et 1 cabinet individuel).

répondait à plusieurs enjeux : faire face à la diversité des configurations d'exercice ; gérer l'extension géographique et numérique en articulant les niveaux locaux et le niveau national ; protéger le travail quotidien des infirmières mais aussi leur capacité d'innovation en leur laissant le temps de faire leurs preuves et enrôler les médecins. Car l'organisation a surtout été pensée pour s'adapter à l'hétérogénéité des souhaits des médecins adhérents au dispositif et à leur disponibilité limitée, en leur demandant le moins possible, ce qui a placé *de facto* les infirmières en situation d'agents du changement. C'est donc autour des infirmières qu'un soutien s'est structuré progressivement.

Des faisceaux de tâches complexes qui se construisent dans l'expérimentation

Chaque infirmière Asalée invente et expérimente un nouveau travail articulé avec celui du ou des médecins avec qui elle collabore. Le médecin propose d'abord une consultation infirmière à certains patients repérés par lui-même ou par l'infirmière, sur la base des protocoles. Si le patient accepte, il planifie les rencontres suivantes et choisit des objectifs avec l'infirmière. Les consultations durent environ trois quarts d'heure, sont gratuites, sur le lieu

d'exercice du médecin. Les infirmières mobilisent des techniques relationnelles relevant d'une démarche d'ETP s'appuyant sur les souhaits des patients pour les aider à construire et réajuster au fil du temps leur projet de santé. Elles réalisent parfois des actes dérogatoires de dépistage ou de suivi, inscrits dans les protocoles (biologies, examens du fond d'œil, des pieds, Electrocardiogramme (ECG)...). La réalisation d'actes ponctuels peut également être le point d'entrée d'une démarche d'éducation pour la santé. Par exemple, avec certains patients souffrant de surpoids qui ont été adressés à l'infirmière pour un ECG, elle peut échanger sur leur alimentation, les facteurs de risque cardiovasculaires et initier un suivi éducatif.

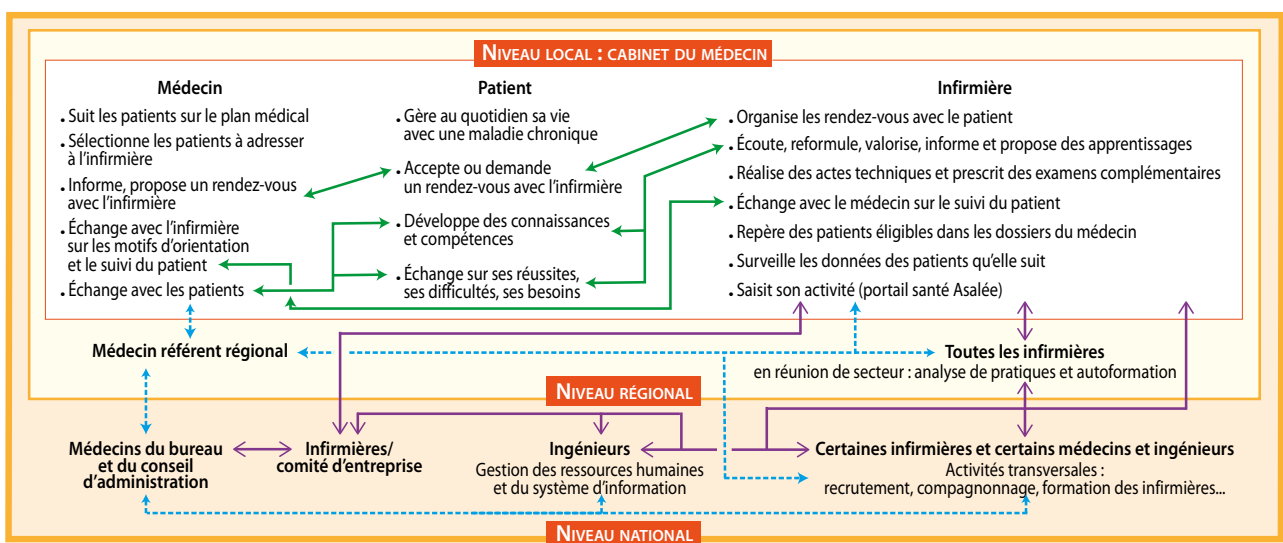
Le travail développé au sein des équipes infirmière-médecin engage différentes tâches pour les patients, pour les infirmières et pour les médecins (figure ci-dessous). Ces interactions correspondent à un travail relationnel entre les acteurs, doublé d'un travail organisationnel. Certaines tâches sont menées individuellement par le patient, l'infirmière et le médecin. Parmi ces tâches, certaines sont développées par l'infirmière hors de la présence des patients (figure) : une gestion de la patientèle du médecin à partir des dossiers informatisés (vérification de la réalisation de dépistages et repérage de risques que l'infirmière signale au médecin en créant

une alerte dans le dossier) et une surveillance dans les dossiers de l'état de santé de la patientèle vue en consultation. Les infirmières assurent par ailleurs un suivi de leur activité sur le Portail de santé Asalée (PSA) et, en partie, dans les dossiers médicaux.

A travers ces interactions autour de faisceaux de tâches complexes (Hugues, 1996), on assiste à l'élaboration d'un « ordre négocié » (Strauss, 1992) du travailler ensemble, avec le patient et entre professionnels. Il s'agit d'un processus social fragile, qui se construit sur le long terme et se réinvente en permanence autour de tâches nouvelles. Celles-ci ne sont pas décrétées mais se construisent « en faisant », dans des ajustements quotidiens entre ces trois acteurs. Au sein de chaque binôme médecin-infirmière, un partage des tâches se négocie notamment autour des actes délégués et autour de la dimension éducative de la prise en charge. Certains médecins délèguent en effet la dimension éducative du suivi tandis que d'autres préfèrent que l'infirmière vienne en complément à ce qu'ils mettent déjà en place. Une infirmière explique la difficulté de prendre confiance dans un travail qu'elle découvre et invente et, simultanément, d'acquiescer la confiance du médecin pour lui donner envie de travailler avec elle. Parlant d'un médecin qui lui avait envoyé un patient en lui indiquant l'objectif glycémique pro-

F

Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif Asalée en 2017



Note : Les tâches mises en œuvre par les médecins référents régionaux, du bureau, du conseil d'administration et les infirmières du comité d'entreprise ne sont pas détaillées.

Interactions liées...

→ au suivi du patient ↔ au soutien des infirmières dans leur activité
 ←- - - au soutien émergent au travail pluriprofessionnel

posé : « Ça veut dire qu'il a reconnu notre efficacité, mais ce n'était pas comme ça au début. Je le sentais beaucoup plus en retrait et dans l'observation. C'est venu petit à petit, au fur et à mesure des réussites : un patient qui a perdu 10 kilos, on voit les résultats... Il a fallu prouver. Même la première année, il faut réussir à prouver l'efficacité d'Asalée et même pour moi. (...) Je ne savais pas dans quelle proportion ça pouvait marcher. Donc, on est moins convaincant quand on n'est pas sûr. » (I).

Car même si les infirmières sont toutes formées à l'ETP, sa mise en pratique est nouvelle pour elles. Cette nouveauté tient au temps qui lui est alloué par le dispositif - « le luxe d'Asalée, qui n'est pas un luxe, c'est le temps ! » (I) - mais aussi à l'approche de l'ETP qui considère le patient comme acteur. Cela nécessite d'adapter son rôle professionnel : « Au début, c'est vrai que c'était un peu déroutant. (...) Six mois à me dire : c'est quoi ce travail ? Vraiment la découverte totale d'un autre fonctionnement, pas habituel, avec des nouvelles notions : qu'on ne fait pas à la place des patients, que c'est les patients qui doivent conduire leur pathologie, conduire leur diabète, conduire leur surpoids et mettre en face ce qu'il faut. Nous, on n'est là que pour les aider à cheminer. » (I) et aussi de trouver une nouvelle place : « L'infirmière devient un peu pivot de la prise en charge du patient, c'est un nouveau métier » (I).

En parallèle, il lui faut tisser une relation avec chaque médecin pour un suivi partagé. Là, les infirmières se heurtent au fait que ce qui est demandé aux médecins est encore plus déroutant pour la majorité d'entre eux : seuls quelques-uns sont formés à la démarche d'ETP (HCSP 2009 et 2015) et ils disent avoir rarement la possibilité de la développer en pratique (Fournier *et al.*, 2018). De plus, certains n'ont pas l'habitude d'exercer en pluriprofessionnalité, et ils déclarent souvent ne pas penser à adresser des patients à l'infirmière. Un médecin décrit ainsi les solutions qu'il a développées pour intégrer le recours à l'infirmière : afficher sur le coin de son bureau la liste des critères d'inclusion dans le dispositif Asalée, remettre systématiquement une plaquette d'information aux patients, préparer la consultation infirmière avec le patient et partager avec l'infirmière le bilan éducatif réalisé (Glorieux, 2016).

La construction d'un binôme, voire d'une équipe élargie

Ce travail s'appuie sur la construction originale d'un binôme médecin-infirmière, dont l'infirmière est généralement le moteur principal. Un médecin décrit le défi que cela représente : « Avec Asalée, le médecin est dans une conduite de changement, c'est-à-dire que d'une posture haute, il faut qu'il passe dans une posture de collaboration... de la verticalité, il faut qu'il passe dans la transversalité. Ce n'est pas simple, on a été élevés à être les chefs, les meilleurs, les décideurs et donc, il faut accompagner les médecins dans le changement. » (M).

Vue du côté des infirmières, la difficulté n'est pas moindre :

- I1 : « On se retrouve dans le cabinet médical, les patients nous regardent, ils ne savent pas qui on est. On ne sait pas trop bien comment faire (...) Jusqu'où on va dans la relation avec les médecins ? (...) C'est tellement nouveau comme concept que, même les médecins, il leur faut beaucoup de temps. »
- I2 : Moi, je dis un an.
- I1 : Oui, un an et peut-être même plus. La preuve de l'efficacité, c'est la première étape.
- I2 : Du coup en découle une relation de confiance. Ils ont compris qu'on pouvait leur apporter quelque chose. On peut confronter les avis.
- E : Quelle est l'étape d'après ?
- I2 : La délégation, qu'ils trouvent un intérêt à déléguer des tâches à l'infirmière Asalée. »

Un autre médecin explique la manière dont ce binôme s'est construit avec l'infirmière : « Il n'y a pas deux couples Asalée qui sont pareils. L'infirmière est venue au début, un petit peu. Elle a pris connaissance, elle a pris ses marques. Je n'étais pas tenue de lui donner 12 heures, 8 patients, une rentabilité. Rien du tout. C'est monté en puissance à notre rythme, à mon rythme. Ça part vraiment de nous et on construit, nous, notre couple Asalée (...). Ça, c'est vraiment très sécurisant, très rassurant. Donc, elle vient deux jours par semaine maintenant. Le matin, je me coordonne avec elle. J'ai à peu près une demi-heure de coordination pour voir un peu les patients qu'elle va voir, des papiers qui sont en suspens... » (M).

Les échanges dans le binôme permettent une meilleure connaissance mutuelle et

la construction d'une confiance, conditions nécessaires pour que s'élaborent des accords sur des principes communs d'organisation et de coopération. Ces échanges s'appuient sur différents types de supports : « alertes » déposées par l'infirmière dans les dossiers médicaux informatisés, documents numériques partagés, supports imprimés ou *post-it*, SMS, ou appels téléphoniques. Mais les interactions les plus structurantes ont lieu au cours de rencontres programmées ou non, formelles ou informelles, de fréquence variable, très dépendantes de la volonté et de la disponibilité des médecins, et des temps de coprésence entre médecins et infirmières sur le lieu d'exercice :

- E : « Dans votre organisation avec l'infirmière, vous lui envoyez un SMS avec un motif, elle contacte vos patients. Elle remplit votre dossier... »
- M : Elle a accès aux dossiers. De façon parfois formelle, on se réunit sur les patients mais c'est plutôt souvent de façon informelle.
- E : En fonction de critères particuliers ou c'est plutôt vos possibilités ?
- M : C'est plutôt mes possibilités. Je la vois souvent, [prénom de l'infirmière] quand même. Je vais la voir, je lui dis : "Vous avez vu Monsieur Machin ?". Après ça ne dure pas une heure.
- E : Vous vous servez de ce qui est marqué dans le dossier ?
- M : Bien sûr. Elle me fait des préconisations que je suis. Nous, des fois, on a un peu la tête dans le guidon, il y a des choses qu'on oublie (...).
- E : Elle vous met des alertes parfois ?
- M : Ah oui, oui ! Elle sait qu'elle a le droit de le faire, qu'on ne va pas aller lui ruer dans les brancards en lui disant : "Vous vous occupez de quoi ?" ».

Ce travail en équipe se limite le plus souvent au binôme formé par le médecin et l'infirmière. Dans les cas les plus fréquents où une infirmière travaille avec plusieurs médecins au sein d'une structure, une relation particulière se construit avec chaque médecin. Mais les interactions vont parfois au-delà pour concerner une « équipe élargie » à tous les médecins. Une infirmière indique : « Ma plus grande réussite, c'est d'avoir pu favoriser le travail des médecins entre eux. Ils échangeaient avant moi, mais surtout sur LE pratique. Grâce à moi, ils ont travaillé sur LA pratique ». Cependant, « [mettre une infirmière Asalée dans un cabinet], ça n'est pas suffisant pour changer les

médecins. (...) Dans mon cabinet, on a fait changer un de nos collègues, mais parce qu'on était trois autres (médecins) très impliqués. (...) Ça n'a pas changé que grâce à l'infirmière » (M). Or les médecins engagés dans le dispositif Asalée ne peuvent pas ou ne souhaitent pas toujours jouer ce rôle vis-à-vis de leurs confrères réticents.

Le cas échéant, l'équipe peut aussi s'élargir à d'autres professionnels de santé ou à des secrétaires du lieu d'exercice, voire à des professionnels extérieurs. « Asalée, au départ, on était vraiment plus intégré avec les médecins qu'avec les autres professionnels. Ça s'est fait petit à petit, le fait d'intégrer Asalée comme une dimension de la maison de santé » (I). Au sein des MSP, les infirmières Asalée occupent toutefois des positions variables, en fonction de l'histoire de la structure, du moment d'arrivée de l'infirmière dans la construction du projet de santé, et de la connaissance mutuelle préalable entre les professionnels. Ces positions s'échelonnent selon un gradient progressif entre d'un côté un fonctionnement en silo, où l'infirmière Asalée est considérée uniquement comme prestataire de services des médecins pour des activités éducatives et de suivi précises, et à l'autre extrême, une participation de l'infirmière à la construction du projet de santé et à la vie de la MSP.

Leur travail peut aussi occasionner des concurrences, liées à des recouvrements de compétences et/ou des conflits de financement. Ces concurrences peuvent apparaître avec certains professionnels, par exemple avec des diététiciens sur l'édu-

cation nutritionnelle, avec des psychologues sur l'écoute des patients, ou encore avec des programmes d'ETP portés par des acteurs différents. Selon les cas, cette situation peut être bloquante, ou bien être discutée et favoriser un renforcement mutuel et un relais entre professionnels.

Des ressources pour soutenir l'infirmière dans ce travail

La construction et l'entretien de cette dynamique représentent donc un travail qui repose en grande partie sur un investissement continu de l'infirmière, mais cette construction demeure fragile. Certaines infirmières rencontrent des difficultés qui parfois perdurent. Elles soulignent que la responsabilité de proposer aux patients une aide qui leur soit utile est lourde, d'autant que ses limites sont floues, que chacune doit en définir le périmètre, et que le soutien reçu (compagnonnage, formation) pourrait encore être amélioré. A cette responsabilité nouvelle s'ajoute celle d'être le moteur essentiel du développement de pratiques pluriprofessionnelles, alors que ce développement ne dépend pas uniquement d'elles. De plus, les infirmières sont la principale variable d'ajustement en cas d'aléa et de remise en question de leur temps de travail (lorsque leur activité est trop faible parce que les médecins leur adressent peu de patients, qu'ils ont peu de temps à consacrer aux échanges, ou en cas d'arrêt de travail ou de départ d'un médecin...), en cas de modifications de leurs conditions d'exercice (manque de locaux du fait de l'arrivée d'un nouveau collaborateur par exemple). Elles indiquent que la grande adaptabilité dont elles doivent faire preuve, ainsi que l'énergie déployée pour inciter un ou plusieurs médecins à coopérer, les exposent à un risque d'épuisement, surtout lorsque les médecins restent peu engagés.

C'est pourquoi des ressources sont mises à leur disposition par l'association Asalée (figure p. 4), avec une organisation territoriale et nationale. D'une part, il s'agit de rendre possible leur travail quotidien : formation initiale, compagnonnage, accès aux dossiers médicaux, protocoles, réunions de concertation médecin-infirmière, et système d'information PSA. D'autre part, pour étayer sur le long cours les dyna-

miques décrites, des ressources complémentaires ont été déployées. Les « réunions de secteur », organisées toutes les six semaines « en complète auto-gérance » (I) par les infirmières, toutes formées à l'analyse de pratiques, sont à cet égard essentielles. Les infirmières les décrivent comme un « lieu d'échange et de formation » (I) permettant de briser leur isolement, un espace d'auto-support pour partager leurs difficultés et leurs ressources, et un environnement pour acquérir et mettre en pratique des savoirs et savoir-faire, comme elles le disent : « une tentative de répondre à nos besoins de formation non couverts (...), pour uniformiser nos pratiques et se sentir capables de former de nouvelles personnes... On essaye de faire ce qui nous a manqué » (I). Les infirmières ont aussi la possibilité de s'investir dans le fonctionnement de l'association : depuis 2012, des fonctions rémunérées de référentes sont confiées à certaines pour des activités transversales, structurantes pour le dispositif, en termes de fonctionnement quotidien et de réflexion sur son avenir : recrutement, formation, compagnonnage des nouvelles infirmières et, plus récemment, réflexion sur la recherche et sur les pratiques avancées infirmières.

Du côté des médecins, une fonction de « référent régional » a commencé à être formalisée à partir de 2015.

Une équipe d'ingénieurs intervient dans la gestion des ressources humaines et des fournitures, et en support à l'élaboration et à l'adaptation des outils techniques, ainsi qu'à l'organisation des missions transversales. Des aménagements ont été apportés à l'organisation de ces ressources, avec notamment l'internalisation de la formation à l'ETP en 2012, une formation de formatrices pour multiplier les capacités de formation, et l'amélioration du système de suivi de l'activité avec l'aide de la Cnam.

Des binômes infirmière-médecin hétérogènes dans leurs pratiques et leurs interactions

Au total, du point de vue des acteurs-mêmes, les binômes infirmière-médecin fonctionnent plus ou moins bien. Dans les binômes qui « fonctionnent », l'infir-

REPÈRES

L'évaluation du dispositif Asalée a été confiée à l'Irdes par la Direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère des Solidarités et de la Santé et par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam). Elle vise à préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation de ce protocole de coopération.

Le programme d'évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée est intitulé Daphnee (*Doctor and advanced public health nurse experiment evaluation*). Il a donné lieu à divers travaux de recherche :

- Une analyse qualitative sur le déploiement du dispositif et sur les pratiques infirmières, médicales et des patients, synthétisée ici.
- Une analyse exploratoire par enquête déclarative auprès des médecins généralistes et des infirmières, pour construire une typologie sur leur coopération.
- Des évaluations d'impact du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins des patients.

mière a un poste de travail identifié et un accès aux dossiers médicaux. Le médecin, qui connaît et valorise le travail de l'infirmière, lui adresse suffisamment de patients. Elle peut développer son travail avec les patients à la fois en autonomie et en coopération avec le médecin. Ces médecins considèrent qu'un travail de qualité en matière éducative est un travail qui permet au patient de s'impliquer, de « *prendre le pouvoir* » (M), en étant écouté et en recevant des réponses personnalisées à ses demandes, dans un espace et un temps dédiés, non contraints. Ils considèrent que les conditions de travail des infirmières Asalée sont plus propices à ce travail que leurs propres consultations, du fait des motifs multiples qui amènent les patients et du temps souvent compté. Un travail de qualité est aussi pour eux un travail d'équipe sur un même lieu d'exercice, reposant sur un partage d'activités et des interactions avec une infirmière. Le dispositif Asalée est alors vu comme un moyen d'amorcer ou d'approfondir ce type de travail. Médecin et infirmière interagissent pour répondre à des situations qui posent question, ce qui permet à la fois un suivi conjoint des patients et la construction progressive d'une forme spécifique de coopération médecin-infirmière, dans l'expérimentation.

Cette construction dépend fortement de l'implication des médecins. En effet, tous les binômes sont loin de fonctionner ainsi, comme l'ont rapporté plusieurs infirmières : « *Avec Asalée, j'ai quand même travaillé avec (...) plusieurs médecins avec qui j'ai arrêté parce que je trouvais qu'il n'y avait pas suffisamment d'activité, que c'était pas très intéressant ni pour moi, ni pour le patient, ni pour le médecin.* » (I) Ou : « *Il y a des médecins qui sont prêts, il y en a qu'on peut convaincre, et il y en a qui vont rester sur une attitude défensive* » (I). Dans ces situations, un certain nombre de facteurs parfois combinés sont observés : le médecin n'adresse pas ou peu de patients ou utilise un petit nombre de protocoles ; l'infirmière se trouve dans une situation matérielle difficile (absence de bureau, difficultés d'accès aux logiciels médicaux, etc.) ; les interactions entre infirmière et médecin restent rares avec pour conséquence des suivis du patient juxtaposés et des difficultés à construire un binôme ; enfin, l'infirmière ne trouve pas de solution pour améliorer la situation.

Un travail et un dispositif appréciés des différents acteurs en dépit des difficultés rencontrées

Les patients interrogés voient l'infirmière comme une professionnelle compétente, à l'écoute, disponible et facile d'accès, car exerçant sur le même lieu que le médecin et aisément joignable au téléphone :

- P (homme) : « *Je discutais d'ailleurs ce matin avec un ami à moi, qui a du diabète aussi. Je lui ai dit : "Tu verras, c'est sympa ! On t'explique bien... ça ne te prend que du temps, c'est tout... un petit peu de temps, et puis ça t'aiguille beaucoup".*

- E : *Qu'est-ce que l'infirmière vous apporte de spécifique par rapport au médecin ?*

- P : *Ben c'est un complément, et puis comme elle est dans le truc même, alors c'est plus... pas plus clair, mais vous comprenez mieux ! Elle prend son temps, voilà, elle vous explique, parce que c'est son métier, quoi ! (...) En plus de ça, je peux un peu discuter (de soucis personnels) ».*

L'infirmière est perçue comme une collaboratrice proche du médecin, ayant accès à ses dossiers et pouvant échanger avec lui facilement. Lorsque les patients vont la voir pour la réalisation d'un test de dépistage, pour un acte délivré par le médecin ou un bilan, ils mettent en avant le côté pratique : une organisation simple, dans un même lieu, qui leur fait gagner du temps en évitant de devoir aller rencontrer un ou plusieurs spécialistes ou paramédicaux dans différents lieux. Ceux qui vont voir l'infirmière pour un suivi éducatif la perçoivent non seulement comme une source d'informations, mais aussi comme un soutien sur le long terme pour modifier certaines de leurs habitudes de vie, et un support pour mieux vivre une situation de chronicité.

De leur côté, de nombreuses infirmières disent s'épanouir professionnellement dans ce nouvel exercice qui leur permet de développer avec les patients un travail relationnel inscrit dans la durée, qu'elles assimilent à leur cœur de métier. Elles apprécient la liberté qui leur est donnée d'expérimenter de manière relativement autonome de nouvelles manières de travailler, en réponse aux besoins qu'elles identifient chez les patients. Elles apprécient également la coopération avec les

médecins engagés, l'accès facile aux données médicales et la reconnaissance par les médecins de leur travail, ainsi que la position d'interface qu'elles occupent avec d'autres acteurs pouvant répondre à des besoins, notamment éducatifs, des patients. Certaines espèrent que les pratiques avancées qu'elles expérimentent bénéficieront d'une reconnaissance professionnelle. Toutes jugent essentiel l'étayage apporté par la formation et par les « réunions de secteur ».

Les médecins engagés dans une coopération étroite plébiscitent cette nouvelle offre de service pour leurs patients, le travail de l'infirmière venant compléter leur pratique médicale individuelle dans des dimensions éducatives et d'accompagnement qu'ils assuraient peu jusque-là. De ce partage dans la prise en charge des maladies chroniques, certains disent retirer plus de confort d'exercice, de qualité et de sécurité, allant pour quelques-uns jusqu'à affirmer que cela contribue à les protéger du risque de *burn-out*. Les plus engagés soulignent que le travail avec l'infirmière les a amenés à modifier leurs propres pratiques cliniques. Etre rassurés sur le fait que la dimension éducative sera développée en parallèle par l'infirmière leur permet de gagner en disponibilité d'esprit pour gérer les motifs de consultation souvent multiples des patients et les objectifs médicaux qu'ils se fixent dans le suivi de chacun. Ils évoquent ainsi une optimisation de leur intervention qui peut se recentrer sur certaines activités ou développer davantage certaines prises en charge. Une minorité de médecins indiquent que cela leur a permis de libérer du temps³ pour prendre en charge de nouveaux patients, notamment dans des zones où la démographie médicale était en forte baisse. Enfin, l'amélioration de la qualité de leur prise en charge se traduit selon eux, pour certains patients, en termes de connaissances et de compétences acquises dans la gestion de leur maladie, en termes d'améliorations biologiques (hémoglobine glyquée), cliniques (perte de poids), ou encore de qualité de vie, et en termes de diminution des thérapeutiques médicamenteuses. Certains perçoivent également une transformation de leur relation avec les patients

³ L'analyse des données d'une enquête déclarative par questionnaire auprès des médecins confirme ce résultat (Menini, 2016).

qui, connaissant mieux leur maladie, se placent dans une position différente vis-à-vis d'elle : ils considèrent alors le médecin comme un allié plutôt que comme une autorité prescriptrice.

Grâce à un exercice en binôme, certains médecins et infirmières indiquent donc la possibilité d'un agencement nouveau de leurs tâches respectives, qui les rend capables d'inventer localement des réponses à des besoins des patients jusque-là non couverts, par exemple pour accompagner les patients dans un sevrage tabagique ou vers une reprise d'activité physique. Ce travail nourrit leurs pratiques locales, tandis que les innovations produites sont susceptibles, dans certaines conditions, d'être étendues dans le dispositif Asalée au plan national. Les médecins soulignent également les apports possibles de cette collaboration au collectif d'un même lieu d'exercice. La présence d'une infirmière facilite non seulement la transformation de leurs propres pratiques, mais favorise aussi l'engagement progressif des médecins plus réticents. Enfin, au-delà du lieu d'exercice, la présence de l'infirmière Asalée peut permettre de développer des complémentarités et des articulations avec d'autres professionnels et dispositifs (réseaux, maisons de santé pluriprofessionnelles, associations de professionnels ou de patients, etc.).

Une construction et une organisation originales permettant des adaptations à un contexte changeant

A partir d'un nombre limité d'entretiens et d'observations portant sur quelques configurations d'exercice dans le dispositif Asalée, cette étude n'épuise pas la diversité des pratiques développées, hétérogènes et évolutives. Pour autant, elle permet d'appréhender les principales dynamiques de construction et de transformation qui ont cours au sein du dispositif. Dans certains cas, on peut ainsi observer un double déplacement de l'offre de soins faite aux patients : d'une offre prescriptive vers une offre éducative proposée de manière proactive, et ne portant pas seulement sur la maladie mais aussi sur la santé ; et d'une pratique soignante individuelle vers un travail d'équipe pluriprofessionnel.

Cette construction et ces transformations, qui naissent de et par l'interaction entre infirmières, médecins et patients, sont permises par le temps dédié à la consultation infirmière et à la concertation avec le médecin, par le travail propre de l'infirmière et par l'organisation intermédiaire mise en place. Celle-ci joue un rôle de tiers de confiance entre le médecin et l'infirmière et soutient la construction, la mise à disposition et l'adaptation progressive des ressources affectées aux infirmières.

L'hétérogénéité des pratiques observées donne la mesure des défis rencontrés. Exercer dans le dispositif Asalée s'accompagne de changements d'identité professionnelle, d'une remise en question des frontières entre les professions, et nécessite des articulations avec d'autres dispositifs. Mais si l'organisation a été structurée

pour composer avec l'hétérogénéité des pratiques, elle ne l'efface pas, notamment car elle ne sélectionne pas les médecins qui entrent dans le dispositif et elle ne les outille pas spécifiquement.

Comment accompagner le soutien déjà apporté à l'engagement des médecins – qui commence à émerger en collaboration avec des infirmières – sans risquer de fragiliser la dynamique infirmière qui porte aujourd'hui le mouvement ?

Une question reste en suspens : dans ces espaces de transformation des pratiques en soins primaires, comment donner aux patients ou à leurs représentants une place dans la construction et la gestion du dispositif pour qu'il réponde pleinement à leurs besoins ?

POUR EN SAVOIR PLUS

- Daniellou F. et Petit J. (2007). « ASALEE, c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques », *Document de travail*, Ecole nationale supérieure de cognitique / Institut polytechnique de Bordeaux.
- Fournier C., Naiditch M., Frattini M.O. (2014). « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », *Questions d'économie de la santé*, n° 200, juillet-août.
- Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (à paraître en 2018). « Comment les médecins généralistes favorisent-ils l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique pour leurs patients ? », *Santé publique*.
- Glorieux I. (2016). « Pourquoi ai-je du mal à orienter mes patients vers l'offre d'éducation thérapeutique proposée au sein de la maison médicale où je travaille ? Réflexions d'un médecin généraliste », *Santé Éducation*, Vol. 26 n°3.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [2009]. « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport ». Paris.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [2015]. *Avis relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009*, Paris.
- Hughes, E. (1996). *Le regard sociologique, essais choisis*. Paris : Editions de l'EHESS.
- Menini T. (2016). « Evaluation de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmières Asalée : analyse de la perception des médecins généralistes des apports pour leur pratique ». Mémoire de Master 2 de recherche en santé publique à l'université Paris 11.
- Mino, J.-C., Ghadi, V. (2005). « Expérience et point de vue des médecins participant à l'expérimentation Asalée ». DIES.
- Simondon A. (2014). « L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires ». Mémoire de Master 2 de recherche en santé publique à l'université Paris 11.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek •
Relecteurs : Lucie Michel, Julien Mousqués • **Infographiste** : Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) •
Dépôt légal : Mars 2018 • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •
ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).