

**ANNEE 2020**

N°

**Communication entre médecins et infirmiers dans le cadre de l'exercice coordonné  
pluriprofessionnel : Exemple du dispositif ASALEE.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 16/12/2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BENALET-LACARRE Laure-Emmanuelle

Née le 02/02/1992

à SAINT-VALLIER

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourtent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2020**

N°

**Communication entre médecins et infirmiers dans le cadre de l'exercice coordonné  
pluriprofessionnel : Exemple du dispositif ASALEE.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 16/12/2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BENALET-LACARRE Laure-Emmanuelle

Née le 02/02/1992

à SAINT-VALLIER

Année Universitaire 2020-2021  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2020

Doyen :  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie

M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	<b>BERNARD</b> (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	<b>CAMUS</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

### PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

#### PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Professeur Jean-Michel PETIT

Membres : Docteur Marie-Claude BRINDISI  
Docteur Alexandre DELESVAUX  
Docteur Bruno CARRAT

# 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."*

# REMERCIEMENTS

**Aux membres du jury,**

**A Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT,  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques)**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez recevoir l'assurance de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

**A Madame le Docteur Marie-Claude BRINDISI,  
Maître de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier  
(Nutrition)**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, soyez assurée de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

**A Monsieur le Docteur Alexandre DELESVAUX,  
Maître de Conférence Associé de Médecine Générale  
(Médecine Générale)**

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail, à cette occasion, recevez mes sincères remerciements, ainsi que pour vos remarques et suggestions lors de votre relecture.

**A Monsieur le Docteur Bruno CARRAT  
Médecin Généraliste**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail. Votre approche de la médecine générale aura été une inspiration pour moi, tout au long de mes stages et de mon adjuvat à vos côtés. Soyez assuré de mon plus grand respect et de ma profonde gratitude.

**A tous mes maîtres de stage, hospitaliers ou ambulatoires,**

Je vous remercie pour votre enseignement, apprendre la médecine à vos côtés aura été un honneur.

**A Patricia, infirmière ASALEE,**

Merci pour ton aide dans la réalisation de mon travail, et que notre collaboration continue !

**A mes collègues de la MSP de Gueugnon, à Juliane, à Elise,**

Merci pour votre soutien et au plaisir de continuer à travailler avec vous.

**A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse,**

Pour vos conseils, votre relecture, nos conversations téléphoniques,

Un grand merci, votre aide aura été très précieuse.

**A Claire, à Marielle,**

Que vous dire à part un grand merci, pour notre amitié qui dure, pour nos voyages et nos fous rires, et tout simplement pour votre présence à mes côtés depuis toujours.

**A mes amis,**

Merci de votre soutien au cours de ces longues années d'étude, de vos conseils, de nos moments ensembles. Pourvu qu'ils continuent !

**A ma famille, à mes parents, à mes frères, et à tous,**

Je vous remercie de vos encouragements tout au long de ces années, je vous embrasse.

**A tous mes co-internes,**

Merci pour ces moments partagés tout au long de nos stages, plus ou moins faciles, mais qui nous ont formés pour devenir les médecins que nous sommes.

**Et enfin à toi, Florian,**

Tu as été mon roc durant toutes ces années,

Merci pour tout,

Que notre futur ensemble soit encore plus beau.

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES.....</b>	<b>12</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
<b>1- Contexte médical français.....</b>	<b>14</b>
<b>2- Dispositif ASALEE.....</b>	<b>14</b>
<b>3- Justifications de l'étude et objectifs de recherche.....</b>	<b>16</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>17</b>
<b>1- Type et population d'étude.....</b>	<b>17</b>
<b>2- Questionnaires.....</b>	<b>17</b>
<b>3- Analyse.....</b>	<b>18</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>19</b>
<b>1- Résultats des médecins généralistes.....</b>	<b>19</b>
1-1 Description de la population.....	19
1-2 La concertation.....	19
1-2-1 Organisation de la concertation.....	19
1-2-1-1 <i>Rencontres entre le MG et l'IDE.....</i>	<i>19</i>
1-2-1-2 <i>Utilisation d'outils pour la communication.....</i>	<i>22</i>
1-2-1-3 <i>Procédé le plus utilisé.....</i>	<i>25</i>
1-2-2 Temps de concertation.....	25
1-2-3 Remarques et suggestions d'amélioration de la concertation.....	25
1-3 Entrée du patient dans le dispositif ASALEE.....	26
1-3-1 Présentation du dispositif ASALEE au patient.....	26
1-3-2 Types de patients adressés par les médecins.....	27
1-4 Communication entre MG et IDE d'une façon générale.....	27
1-4-1 Organisation de réunions en dehors de la concertation.....	27
1-4-2 Freins à la communication.....	28
1-4-3 Suggestions d'amélioration de la communication.....	28
1-5 Appréciation du dispositif ASALEE.....	29
1-5-1 Par les médecins.....	29
1-5-2 Par les patients.....	29
<b>2- Résultats des infirmières.....</b>	<b>30</b>
2-1 Description de la population.....	30
2-2 La concertation.....	30
2-2-1 Organisation de la concertation.....	30
2-2-1-1 <i>Rencontres entre l'IDE et le MG.....</i>	<i>30</i>
2-2-1-2 <i>Utilisation d'outils pour la communication.....</i>	<i>34</i>
2-2-1-3 <i>Procédé le plus utilisé.....</i>	<i>36</i>
2-2-2 Temps de concertation.....	36
2-2-3 Remarques et suggestions d'amélioration de la concertation.....	37
2-2-3-1 <i>Remarques sur l'organisation actuelle.....</i>	<i>37</i>
2-2-3-2 <i>Suggestions d'amélioration de la concertation.....</i>	<i>37</i>
2-3 Entrée du patient dans le dispositif ASALEE.....	37
2-3-1 Présentation du dispositif ASALEE au patient.....	37
2-3-2 Types de patients adressés par les médecins.....	38
2-4 Communication entre IDE et MG d'une façon générale.....	38
2-4-1 Organisation de réunions en dehors de la concertation.....	38

2-4-2 Freins à la communication.....	39
2-4-3 Suggestions d'amélioration de la communication.....	39
2-5 Appréciation du dispositif ASALEE.....	40
2-5-1 Par les infirmières.....	40
2-5-2 Par les patients.....	40
<b>3- Mise en commun des résultats des IDE et des MG.....</b>	<b>41</b>
3-1 La concertation.....	41
3-1-1 Organisation de la concertation .....	41
3-1-2 Remarques et suggestions d'amélioration de la concertation.....	42
3-2 Entrée du patient dans le dispositif ASALEE.....	42
3-3 Communication entre MG et IDE d'une façon générale.....	43
3-3-1 Organisation de réunions en dehors de la concertation.....	43
3-3-2 Freins à la communication.....	43
3-3-3 Suggestions d'amélioration de la communication.....	44
3-4 Appréciation du dispositif ASALEE.....	44
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
<b>1- Forces et faiblesses de l'étude.....</b>	<b>45</b>
1-1 Population d'étude.....	45
1-1-1 Les médecins.....	45
1-1-2 Les infirmières.....	46
1-2 Méthode.....	47
1-2-1 Type d'étude.....	47
1-2-2 Questionnaire.....	47
1-2-3 Lieu de l'étude.....	48
1-2-4 Période de recueil des données.....	48
<b>2- Résultats de l'étude.....</b>	<b>49</b>
2-1 État des lieux de la communication.....	49
2-2 Freins et pistes d'amélioration de la communication au sein d'ASALEE.....	50
<b>3- Autres études.....</b>	<b>51</b>
3-1 Concernant le dispositif ASALEE.....	51
3-2 La délégation de tâches à l'étranger.....	51
<b>4- Perspectives pour le futur.....</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIONS SIGNEES.....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>
Annexe 1 : Mail d'introduction.....	59
Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux infirmières.....	60
Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	65

# TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Fréquence de réalisation de réunions dédiées à la concertation par les MG.....	20
Figure 2 : Fréquence de réalisation de la concertation à l'occasion de réunion organisées pour autre chose par les MG.....	20
Figure 3 : Fréquence de réalisation de réunions avec l'infirmière ASALEE et le patient par le médecin.....	21
Figure 4 : Fréquence de réalisation de la concertation rapidement, « entre deux portes » par les médecins ..	21
Figure 5 : Fréquence d'absence de concertation après prise en charge des patients par les IDE ASALEE, d'après les MG.....	22
Figure 6 : Fréquence de concertation réalisée à l'aide de messages laissés dans le dossier du patient d'après les MG.....	22
Figure 7 : Fréquence d'utilisation d'une messagerie informatisée par les MG pour la concertation.....	23
Figure 8 : Fréquence d'utilisation d'une boîte mail par les MG pour la concertation.....	23
Figure 9 : Fréquence d'utilisation de mots papier par les MG pour la concertation.....	24
Figure 10 : Fréquence d'utilisation du téléphone par les MG pour la concertation.....	27
Tableau 1 : Mode de concertation le plus souvent utilisé d'après les généralistes.....	27
Tableau 2 : Manière la plus souvent utilisée par les médecins pour adresser le patient à l'infirmière ASALEE	29
Figure 11 : Fréquence de réalisation de réunions dédiées à la concertation par les IDE ASALEE.....	33
Figure 12 : Fréquence de réalisation de la concertation à l'occasion de réunion organisées pour autre chose par les IDE ASALEE.....	34
Figure 13 : Fréquence de réalisation de réunions avec le médecin et le patient par l'IDE ASALEE.....	34
Figure 14 : Fréquence de réalisation de la concertation rapidement, « entre deux portes » par les IDE ASALEE.....	35
Figure 15 : Fréquence d'absence de concertation après prise en charge des patients par les IDE ASALEE....	35
Figure 16 : Fréquence de concertation réalisée à l'aide de messages laissés dans le dossier du patient par les IDE ASALEE.....	36
Figure 17 : Fréquence d'utilisation d'une messagerie informatisée par les IDE ASALEE pour la concertation .....	37
Figure 18 : Fréquence d'utilisation d'une boîte mail par les IDE ASALEE pour la concertation.....	41
Figure 19 : Fréquence d'utilisation de mots papier par les IDE ASALEE pour la concertation.....	41
Figure 20 : Fréquence d'utilisation du téléphone par les IDE ASALEE pour la concertation.....	42
Tableau 3 : Modes de concertation utilisés par les médecins et les infirmières ASALEE.....	48
Tableau 4 : Mode de concertation le plus souvent utilisé d'après les répondants aux questionnaires.....	49
Tableau 5 : Comparaison entre la population de MG étudiée et les médecins généralistes de Saône-et-Loire en 2018(12).....	52

# LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

**ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel

**APL** : Accessibilité Potentielle Localisée

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de Santé Libérale En Équipe

**BPCO** : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

**COVID-19** : maladie à coronavirus 2019

**DAPHNEE** : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**ECG** : Électrocardiogramme

**EFR** : Épreuves Fonctionnelles Respiratoires

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HbA1c** : Hémoglobine glyquée

**IDE** : Infirmier.ère Diplomé.e d'État

**IPA** : Infirmier en pratique avancée

**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

**MG** : Médecin Généraliste

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

# INTRODUCTION

## 1- Contexte médical français

Le système de santé français, notamment les soins de premiers recours, se modifie actuellement, afin de répondre aux besoins en santé tout en contrôlant les dépenses.

On observe une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, des patients polyopathologiques et un vieillissement de la population<sup>(1, 2)</sup>. Parallèlement, l'offre de soins est inégale selon les territoires<sup>(3, 4)</sup>. On remarque une modification de la démographie médicale : stagnation du nombre de généralistes, vieillissement et féminisation des médecins, volonté d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle<sup>(1, 5)</sup>.

C'est dans ce contexte que se développe l'exercice coordonné et pluriprofessionnel, c'est-à-dire regroupant des médecins avec d'autres professionnels de santé. Ces nouveaux modes d'exercices sont encouragés par l'Assurance maladie dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) et par les Agences Régionales de Santé (ARS)<sup>(1, 4, 6, 7)</sup>. La délégation de tâches en fait partie et permet aux médecins de libérer du temps médical<sup>(8, 9)</sup>. La prise en charge du patient est plus globale et de meilleure qualité, basée sur la coordination entre les différents professionnels de santé.

## 2- Dispositif ASALEE

C'est dans ce contexte que le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) a été créé en 2004, par un médecin généraliste (Dr Gauthier) et un ingénieur (Mr Derville)<sup>(10)</sup>. Il a été imaginé pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et les conditions de travail des médecins généralistes. D'abord testé de façon locale, il a progressivement été développé et intégré sur tout le territoire français<sup>(11)</sup>.

Il consiste en la création de protocoles de coopération entre un médecin généraliste et un infirmier ou une infirmière (IDE), appelé infirmière déléguée à la santé publique ou infirmière ASALEE\*.

*\*les infirmiers participant au dispositif ASALEE étant majoritairement des femmes, nous utiliserons le terme au féminin dans la suite de cette étude*

Cela permet une délégation d'actes et d'activités, dans le cadre de certaines maladies chroniques, afin d'en assurer le suivi, l'éducation thérapeutique ou le dépistage<sup>(10,11)</sup>.

Les protocoles en place concernent :

- le dépistage et le suivi du diabète de type 2,
- le suivi des patients à risque cardio-vasculaire,
- le dépistage de la BPCO et le suivi des patients tabagiques,
- le repérage des troubles cognitifs de la personne âgée<sup>(10)</sup>.

Ainsi, les infirmières ASALEE peuvent prescrire certains examens de biologie (HbA1c), réaliser des examens cliniques (pied diabétique), prescrire ou réaliser des examens complémentaires (ECG, fond d'œil, spirométrie). Elle assurent des consultations de suivi et d'éducation thérapeutique. Une de leur mission est également de faire une revue des dossiers médicaux, afin de repérer quels patients seraient éligibles aux protocoles ou pour lesquels des examens ne seraient pas à jour. Tout cela est réalisé sous la supervision du médecin traitant des patients, qui les a adressés à l'infirmière<sup>(10,11)</sup>.

Le dispositif ASALEE utilise un logiciel de gestion, complété par les infirmières à chaque consultation et anonymisé, qui permet un suivi d'indicateurs en temps réel (poids, résultats HbA1c, nombre de consultation et temps passé, etc). Elles disposent grâce à cet outil d'une référence médicale avec mise à disposition de protocoles validés par la HAS et de supports pédagogiques. Elles sont formées à l'éducation thérapeutique et participent régulièrement à des réunions de secteur leur assurant une formation continue et une analyse des pratiques<sup>(10, 11)</sup>.

Le dispositif est financé par l'Assurance maladie. Les infirmières sont rémunérées par l'association ASALEE (étant salariées ou libérales), ce qui leur permet une indépendance financière vis à vis du médecin<sup>(9)</sup>. Les consultations ne sont donc pas payantes pour le patient. Le généraliste perçoit une rétribution financière, calculée en partie en fonction du temps de concertation passé avec l'IDE et du nombre de ses patients pris en charge par le dispositif ASALEE.

Ce dispositif, récent et innovateur, est en constante évolution. En effet, les infirmières sur le terrain, au sein de leurs équipes, font des retours d'expérience et travaillent à de nouveaux protocoles et de nouvelles manières d'améliorer la prise en soin globale des patients (création de groupes de marche,

protocoles sur le suivi du surpoids de l'enfant, etc)<sup>(11)</sup>.

### **3- Justifications de l'étude et objectifs de recherche**

Dans le contexte actuel d'évolution de la médecine générale et des soins primaires, il semble important de trouver des solutions afin de garantir aux patients une prise en soins globale et la meilleure possible, tout en préservant la qualité de vie des différents soignants. C'est pourquoi un dispositif récent tel que le protocole ASALEE, basé sur la coopération entre généralistes et infirmières, mérite d'être évalué en pratique afin d'en proposer des améliorations et de l'adapter au mieux aux réalités du terrain.

Notre étude a été réalisée dans le but de répondre à la question de recherche suivante :

**Comment s'organise la communication entre le médecin généraliste et l'infirmier dans le cadre du dispositif ASALEE ?**

Il est en effet intéressant de connaître comment s'organisent les différents soignants sur le terrain au quotidien, et comment ils intègrent à leur pratique cette nouvelle manière de travailler en équipe.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la communication entre le médecin généraliste et l'infirmière ASALEE, notamment l'organisation de la concertation et la manière dont le patient est adressé à l'IDE, dans le secteur Ouest de la Saône-et-Loire.

Les objectifs secondaires étaient de recueillir une appréciation globale du dispositif par les différents acteurs et de proposer des pistes d'amélioration de la communication.

# METHODOLOGIE

## 1- Type et population d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale.

La population étudiée comportait d'une part des médecins généralistes participant au dispositif ASALEE et d'autre part les infirmières ASALEE travaillant avec ceux-ci. Tous exerçaient dans le secteur Ouest de la Saône-et-Loire, correspondant à un des secteurs géographiques définis par le dispositif ASALEE.

## 2- Questionnaires

Les données ont été recueillies grâce à deux questionnaires. Le premier a été adressé aux médecins généralistes et le second aux infirmières ASALEE.

Les questionnaires ont été rédigés grâce à l'application Google form. Ils contenaient des questions fermées, ouvertes et semi-ouvertes.

Ils étaient organisés tous les deux sur le même modèle et en quatre parties :

- caractéristiques socio-démographiques,
- organisation de la concertation,
- entrée du patient dans le dispositif,
- questions plus générales.

Les répondants étaient informés dans le message d'introduction (**Annexe 1**), ainsi que dans l'introduction du questionnaire, que leurs réponses étaient recueillies pour un travail de thèse et que leurs propos pourraient être cités.

Les questionnaires sont reproduits en annexes, grâce au logiciel OpenOffice writer (**Annexe 2 et Annexe 3**).

La rédaction des questionnaires a été réalisée avec l'aide d'une infirmière ASALEE.

Un pré-test a été envoyé à des personnes non concernées par l'étude pour une première lecture et d'éventuelles corrections avant l'envoi à la population d'étude.

Les questionnaires ont été envoyés par mail avec un message d'introduction au mois de mars 2020. Les coordonnées des infirmières ont été récupérées grâce à une infirmière ASALEE du secteur et celles des médecins ont été communiquées par les IDE.

Plusieurs relances ont été nécessaires de mars à juin 2020, par mail et appels téléphoniques aux cabinets des différents médecins et aux infirmières.

L'arrêt du recueil des réponses a été décidé à saturation des réponses, c'est-à-dire lorsque qu'aucune nouvelle donnée ne semblait être apportée et lorsque tous les modes d'exercice et villes ont été représentés par au moins une réponse chez les médecins.

### **3- Analyse**

Les données ont été transférées du logiciel Google form au logiciel OpenOffice Calc.

Les résultats ont été arrondis à la première décimale.

Pour l'analyse, des calculs de moyennes et médianes ont été réalisés.

# RESULTATS

## 1- Résultats des médecins généralistes

Le questionnaire a été envoyé aux 48 médecins généralistes (MG) faisant partie du dispositif ASALEE dans le secteur Ouest de la Saône-et-Loire. Trente et une réponses ont été obtenues.

### 1-1 Description de la population

Parmi les 31 médecins ayant répondu, on comptait 21 hommes (67,7%) et 10 femmes (32,3%).

L'âge moyen était de 45,7 ans, avec une médiane à 43 ans. Le plus jeune médecin avait 27 ans et le plus vieux 69 ans.

Ils exerçaient la médecine générale en moyenne depuis 15,5 ans, avec une médiane de 10 ans (de 1 à 41 ans d'exercice).

On retrouvait différents modes d'exercice : 26 médecins (83,9%) travaillaient en libéral, 2 (6,5%) étaient salariés, 3 (9,7%) avaient un exercice mixte libéral et salarié. Parmi les médecins ayant une activité libérale, 24 travaillaient en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou autre exercice coordonné et 5 en cabinet de groupe. Aucun des médecins ayant répondu au questionnaire ne travaillait seul.

Les MG participaient au dispositif ASALEE en moyenne depuis 2,4 ans, avec une médiane de 2 ans (de 0,5 à 6 ans).

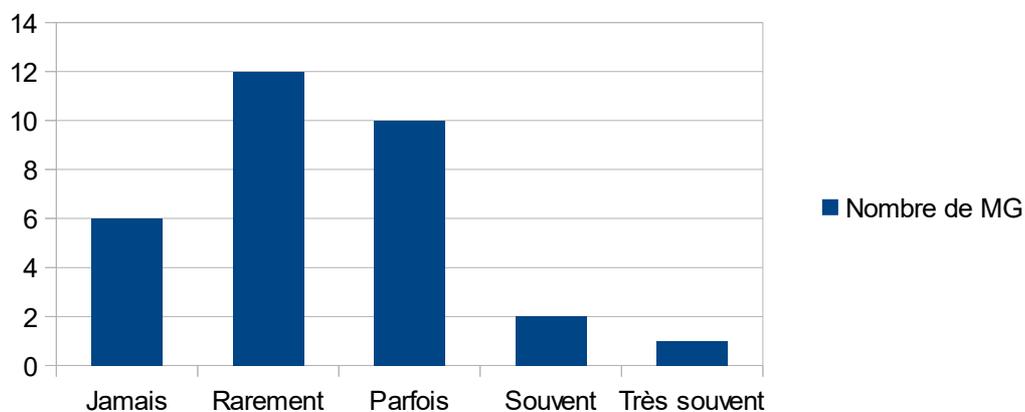
### 1-2 La concertation

#### 1-2-1 Organisation de la concertation

##### *1-2-1-1 Rencontres entre le MG et l'IDE*

### - Réunions dédiées

Sur les 31 médecins, 25 (80,6%) réalisaient des réunions dédiées à la concertation avec l'infirmière ASALEE après sa prise en charge du patient (**Figure 1**).

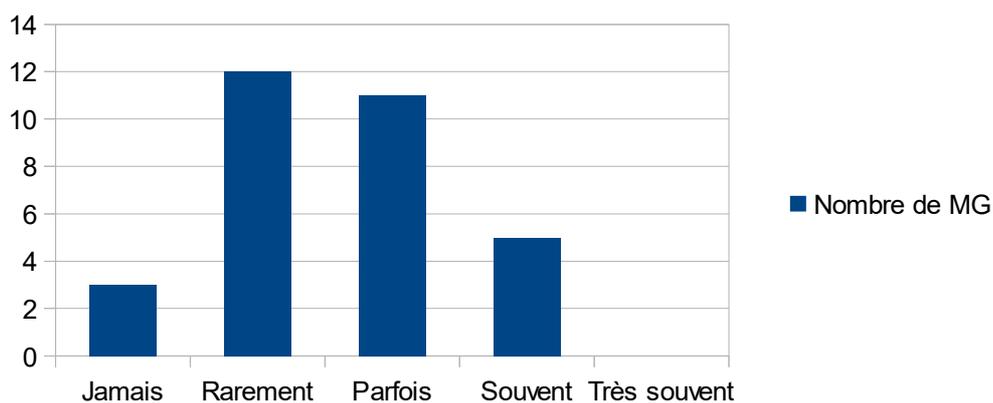


**Figure 1 :** Fréquence de réalisation de réunions dédiées à la concertation par les MG

*(rarement = une fois par mois ou moins, parfois = plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine, souvent = une fois par semaine, très souvent = plus d'une fois par semaine)*

### - Réunions organisées pour autre chose

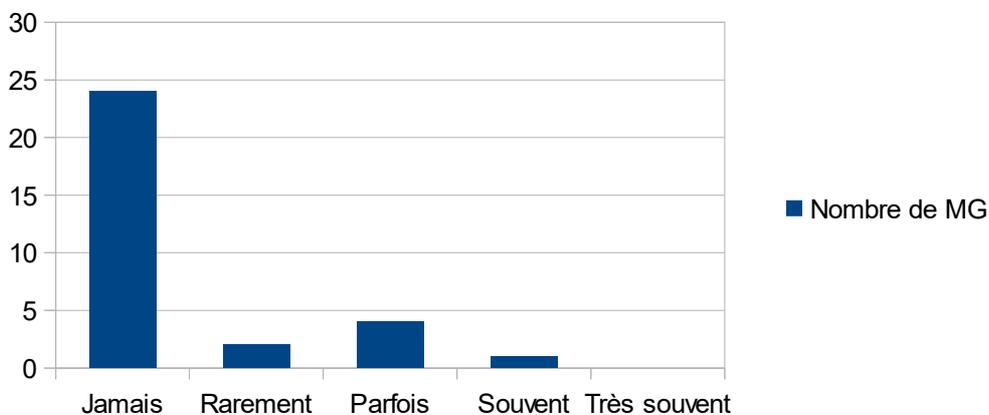
Il arrivait à 28 médecins (90,3%) de réaliser la concertation lors de réunions organisées pour autre chose (**Figure 2**).



**Figure 2 :** Fréquence de réalisation de la concertation à l'occasion de réunions organisées pour autre chose par les MG

- Réunions rassemblant l'infirmière, le patient et le médecin

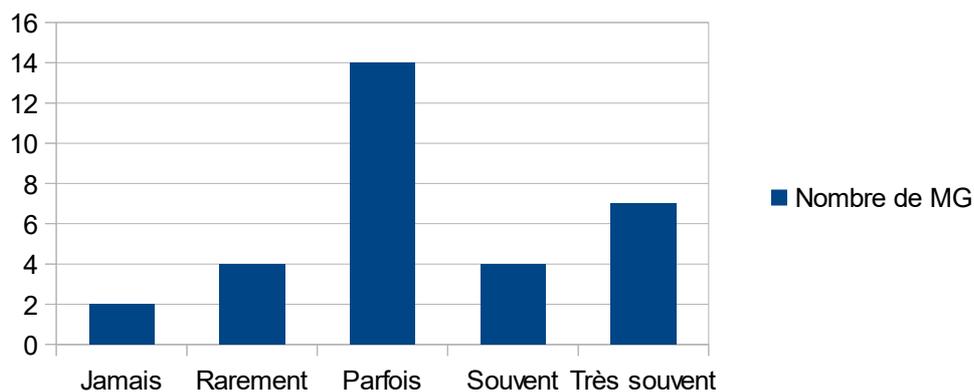
Il arrivait à 7 médecins (22,6%) de réaliser des réunions en présence du patient et de l'infirmière ASALEE (**Figure 3**).



**Figure 3** : Fréquence de réalisation de réunions avec l'infirmière ASALEE et le patient par le médecin

- Concertation rapide, « entre deux portes »

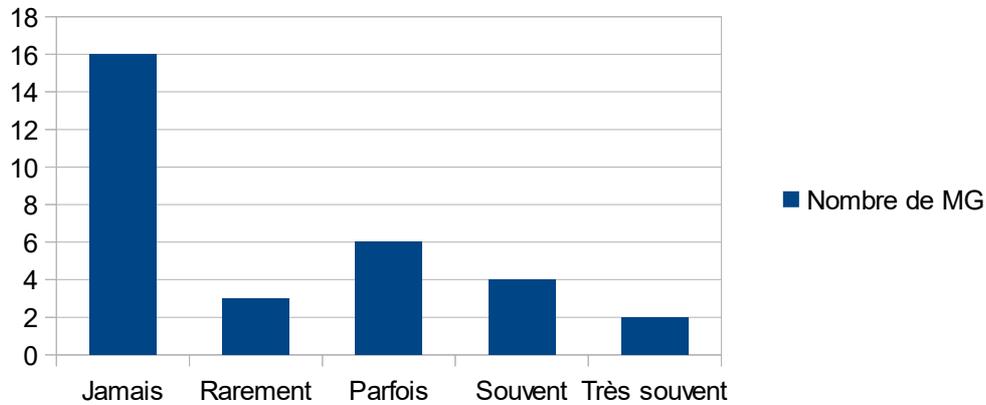
Il arrivait à 29 médecins (93,5%) de réaliser la concertation rapidement, « entre deux portes » (**Figure 4**).



**Figure 4** : Fréquence de réalisation de la concertation rapidement, « entre deux portes » par les médecins

- Pas de concertation

Il arrivait à 15 médecins (48,4%) de ne pas réaliser de concertation après la prise en charge des patients par les IDE ASALEE (**Figure 5**).

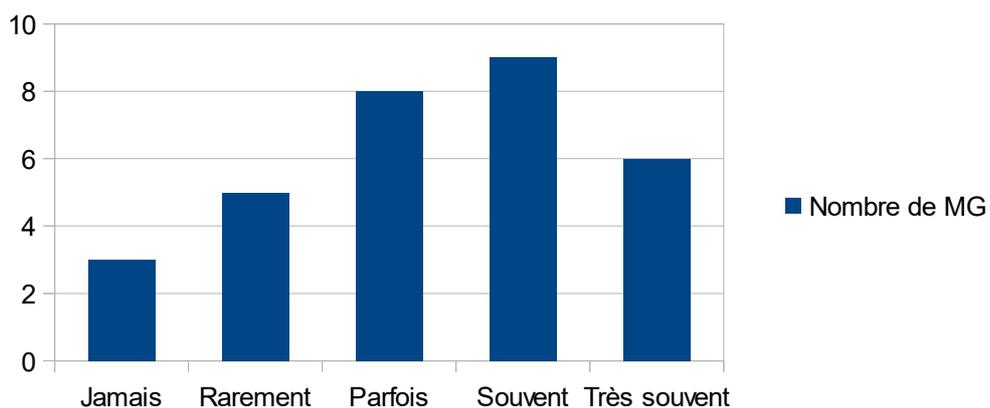


**Figure 5** : Fréquence d'absence de concertation après prise en charge des patients par les IDE ASALEE, d'après les MG

*1-2-1-2 Utilisation d'outils pour la communication*

- Messages laissés dans le dossier patient

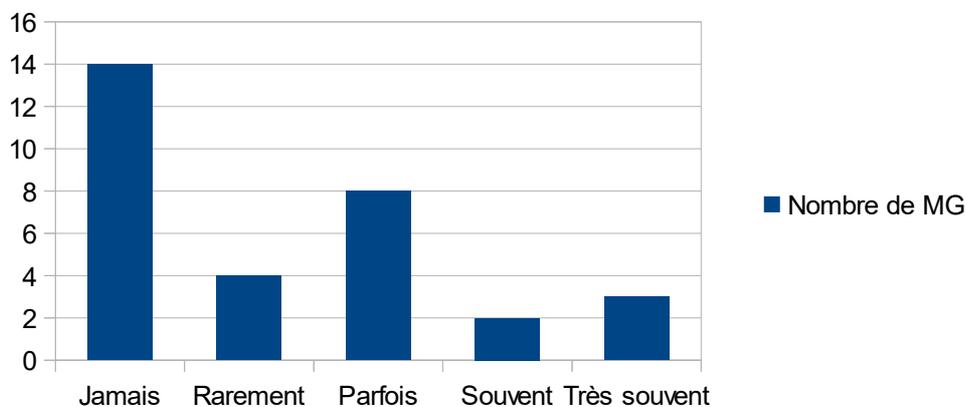
Sur les 31 médecins, 28 (90,3%) pouvaient réaliser la concertation grâce à des messages laissés dans le dossier du patient (**Figure 6**).



**Figure 6** : Fréquence de concertation réalisée à l'aide de messages laissés dans le dossier du patient d'après les MG

- Messagerie informatisée (réseau du cabinet ou incluse dans le logiciel-métier)

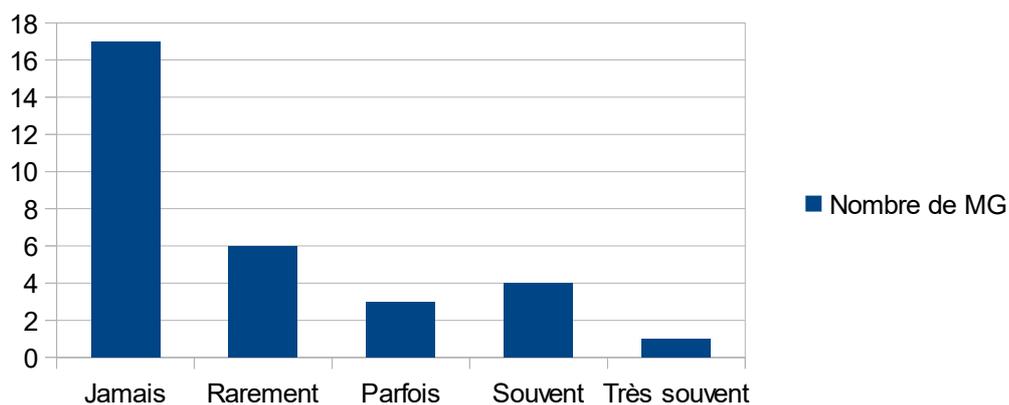
Il arrivait à 17 médecins (54,8%) de réaliser la concertation à l'aide d'une messagerie informatisée, sur le réseau du cabinet ou incluse dans le logiciel-métier (**Figure 7**).



**Figure 7** : Fréquence d'utilisation d'une messagerie informatisée par les MG pour la concertation

- Mail

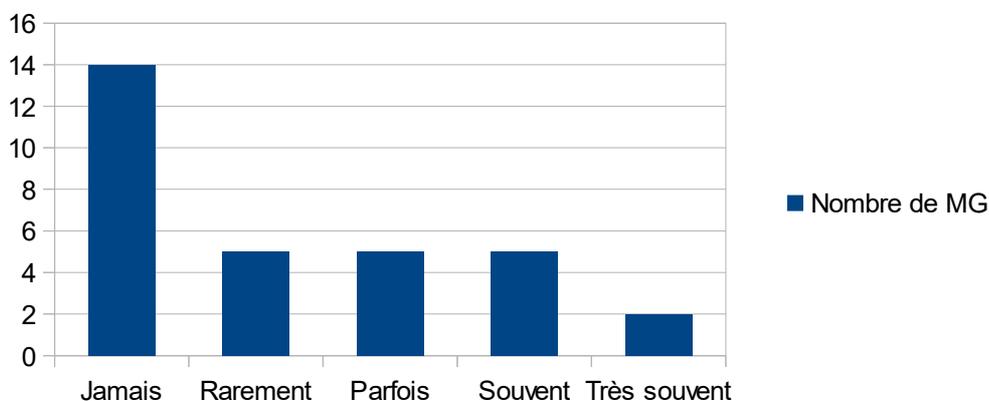
Il arrivait à 14 médecins (45,2%) de correspondre par mail avec les IDE ASALEE afin de réaliser la concertation après prise en charge des patients (**Figure 8**).



**Figure 8** : Fréquence d'utilisation d'une boîte mail par les MG pour la concertation

- Mots sur papier, laissés dans les casiers

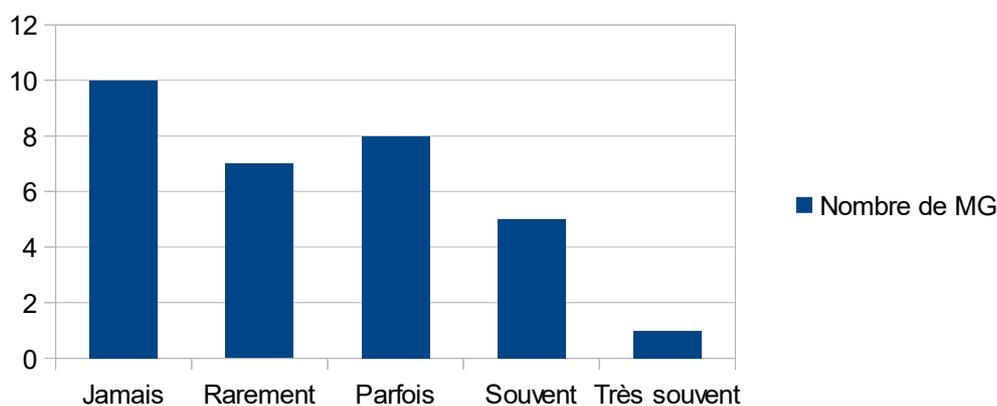
Il arrivait à 17 médecins (54,8%) de laisser des mots sur papier dans le casier de l'IDE ou d'en recevoir dans le leur, afin de se concerter sur la prise en charge des patients (**Figure 9**).



**Figure 9** : Fréquence d'utilisation de mots sur papier par les MG pour la concertation

- Téléphone

Vingt-et-un médecins (67,7%) pouvaient correspondre par téléphone afin de réaliser la concertation avec l'IDE ASALEE (**Figure 10**).



**Figure 10** : Fréquence d'utilisation du téléphone par les MG pour la concertation

- Autres formes de concertation

Un médecin (3,2%) déclarait réaliser la concertation lors de la pause café, un autre (3,2%) par SMS.

### 1-2-1-3 Procédé le plus utilisé

Onze médecins généralistes (35,5%) réalisaient la concertation le plus souvent rapidement, « entre deux portes ».

Pour 7 MG (22,6%), le plus souvent des réunions dédiées à la concertation étaient organisées (Tableau 1).

**Tableau 1** : Mode de concertation le plus souvent utilisé d'après les généralistes

Type de concertation	Nombre de MG	Pourcentage de MG (%)
Concertation rapide, « entre deux portes »	11	35,5
Réunion dédiée	7	22,6
Messages dans le dossier patient	5	16,1
A l'occasion d'une autre réunion	3	9,7
Appel téléphonique	2	6,5
Messagerie informatique du cabinet	2	6,5
Mail	1	3,2
Réunions avec patient et IDE	0	0,0
Mots sur papier	0	0,0

### 1-2-2 Temps de concertation

En moyenne, les médecins estimaient consacrer 1,6 heures à la concertation chaque mois, avec une médiane de 1 heure.

Au maximum, un médecin déclarait réaliser 5 heures de concertation par mois, et au minimum, deux médecins n'y consacraient pas de temps.

### 1-2-3 Remarques et suggestions d'amélioration de la concertation

Onze médecins (35,5%) auraient aimé organiser la concertation avec l'infirmière ASALEE d'une autre manière.

Ils suggéraient notamment de réserver un temps destiné à la concertation et d'organiser des réunions dédiées (4 MG). On notait également une volonté d'augmenter la fréquence et le temps passé à la concertation (4 MG).

Certains médecins auraient aimé que la concertation, voire la consultation, puisse avoir lieu avec le patient (2 MG), un autre suggérait des concertations avec les « autres intervenants notamment à

*domicile du patient* ».

Deux médecins souhaitaient que la concertation soit réalisée plus souvent par mail ou grâce au logiciel-métier.

### **1-3 Entrée du patient dans le dispositif ASALEE**

#### **1-3-1 Présentation du dispositif ASALEE au patient**

Plusieurs méthodes étaient utilisées pour faire entrer le patient dans le dispositif ASALEE.

Le patient pouvait contacter lui-même l'infirmière :

- l'infirmière pouvait être présentée oralement par le médecin : 26 MG (83,9%),
- sa carte pouvait être donnée au patient : 16 MG (51,6%),
- elle pouvait être présentée directement en face à face : 14 MG (45,2%).

Il arrivait également que les IDE contactent les patients. Les médecins pouvaient fournir aux infirmières les coordonnées du patient, avec son accord :

- en lui ayant préalablement expliqué l'intérêt du dispositif ASALEE : 26 MG (83,9%),
- ou sans explication préalable : 1 MG (3,2%).

Des rendez-vous pouvaient aussi être fixés directement au patient par le médecin, qui avait accès à l'agenda de l'infirmière (6 MG soit 19,4%), ou via le secrétariat (2 MG soit 6,5%).

Le plus souvent, les médecins déclaraient adresser les patients à l'IDE ASALEE en fournissant à celle-ci leurs coordonnées (11 MG soit 35,5%), ou en la leur présentant oralement (10 MG soit 32,3%) (**Tableau 2**).

**Tableau 2 : Manière la plus souvent utilisée par les médecins pour adresser le patient à l'infirmière ASALEE**

<b>Manière d'adresser</b>	<b>Nombre de MG</b>	<b>Pourcentage de MG (%)</b>
Coordonnées du patient données à l'IDE avec explications	11	35,5
IDE présentée oralement au patient	10	32,3
Rendez-vous pris avec l'IDE directement par le MG ou via le secrétariat	5	16,1
Carte de l'IDE donnée au patient	5	16,1
Coordonnées du patient données à l'IDE sans explication	0	0
IDE présentée en face à face au patient	0	0

### **1-3-2 Types de patients adressés par les médecins**

Différents types de patients étaient adressés par les médecins aux IDE.

Les médecins adressaient systématiquement les patients concernés par les protocoles en place (7 MG soit 22,6%), ou se contentaient d'adresser seulement les patients qui auraient besoin d'une prise en charge par les IDE ASALEE (27 MG soit 87,1%).

Certains patients faisaient eux-mêmes la demande d'entrer dans le dispositif ASALEE, d'après 14 médecins (45,2%).

D'autres étaient repérés par les infirmières, qui réalisaient une revue systématique des dossiers, pour 5 médecins (16,1%).

Un médecin adressait les patients à l'IDE ASALEE pour la réalisation d'ECG, d'EFR ou pour la télé-dermatologie.

## **1-4 Communication entre MG et IDE d'une façon générale**

### **1-4-1 Organisation de réunions en dehors de la concertation**

Il arrivait à 22 médecins (71%) de réaliser des réunions avec l'infirmière ASALEE et les autres médecins du cabinet ou de la MSP afin de discuter de nouveaux protocoles ou de faire un point sur le dispositif d'une façon générale.

#### **1-4-2 Freins à la communication**

Pour la majorité des médecins (29 soit 93,5%), le manque de temps était un frein à une meilleure communication avec l'IDE ASALEE.

Cinq médecins (16,1%) signalaient que l'IDE était présente uniquement lors de leur jour de repos. Deux (6,5%) pensaient que l'infirmière n'avait pas assez de jours de présence au cabinet.

Pour 7 médecins (22,6%), l'IDE ASALEE était arrivée récemment et sa place n'était pas encore bien établie au sein du cabinet.

Pour 5 d'entre eux (16,1%), le fait qu'ils étaient entrés depuis peu de temps dans le dispositif ASALEE était un frein à la communication, car ils avaient du mal à adapter leur pratique.

Quelques médecins (4 soit 12,9%) trouvaient que la rémunération du temps passé était insuffisante.

Un médecin (3,2%) notait une réticence de certains patients.

Aucun médecin ne signalait comme un frein l'absence d'un lieu de réunion disponible ou une mauvaise entente avec l'infirmière ASALEE.

#### **1-4-3 Suggestions d'amélioration de la communication**

On notait une volonté de structurer les échanges avec les infirmières ASALEE : « *moments d'échanges formalisés* », « *un horaire hebdomadaire dédié* ».

Un médecin suggérait qu'il reviendrait aux IDE d'organiser les réunions dédiées à la concertation, qui ne seraient pas refusées par les médecins « *très occupés* », mais qui se sont « *engagés* » en participant au dispositif ASALEE. Un autre médecin proposait que les échanges avec l'IDE ASALEE fassent partie des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées dans les MSP.

Un MG suggérait une communication sur le suivi des patients grâce à « *un tableau de synthèse par protocole* », qui permettrait de « *suivre et évaluer la progression des indicateurs* ».

Un médecin remarquait que la communication dépendait des personnalités.

## **1-5 Appréciation du dispositif ASALEE**

### **1-5-1 Par les médecins**

Sur une échelle de 1 à 4, les médecins étaient satisfaits du dispositif ASALEE à 3,5 en moyenne, avec une médiane à 4 (de 2 à 4).

Ils le justifiaient de différentes manières :

- Apports dans l'activité du généraliste : aide à la prise en charge des pathologies chroniques, gain de temps de consultation en déléguant des tâches et activités (examens, éducation thérapeutique), rupture de la solitude, complément de l'activité du médecin.
- Qualités de l'infirmière ASALEE et du dispositif : temps de consultation long, bonne formation, prise en charge plus globale et approfondie, accent mis sur l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, apport d'un autre regard et mise en avant d'autres aspects du patient (« *notamment psychologiques* »), permet de « *garder contact* » avec le patient.
- Apports pour le patient : consultations plus longues, meilleure prise en charge globale, amélioration du suivi, éducation thérapeutique avec amélioration de l'observance et de la gestion des pathologies.

Certains médecins notaient la nécessité de réévaluer le dispositif, qui était encore récent.

Pour un médecin, le manque de temps pour échanger avec l'IDE était une « *frustration* ».

Un médecin signalait que le dispositif ne fonctionnait que pour les « *patients motivés* ».

### **1-5-2 Par les patients**

Tous les médecins pensaient que les patients étaient satisfaits de leur prise en charge par l'infirmière ASALEE.

## **2- Résultats des infirmières**

Le questionnaire a été envoyé aux 11 IDE ASALEE faisant partie du secteur Ouest de la Saône-et-Loire. Toutes les réponses ont été obtenues.

### **2-1 Description de la population**

Les 11 IDE ASALEE interrogées étaient des femmes.

Elles avaient entre 27 et 69 ans. La moyenne d'âge était de 45,8 ans.

Elles faisaient partie du dispositif ASALEE en moyenne depuis 2,4 ans, entre 0,5 et 7 ans.

Sept d'entre elles étaient infirmières libérales avant d'entrer dans le dispositif ASALEE, 2 travaillaient en service de médecine hospitalière, 1 était infirmière en psychiatrie et 1 était infirmière en centre de rééducation et de réadaptation physique.

Concernant leur exercice lors de l'étude, 1 infirmière était à temps plein chez ASALEE, les 10 autres étaient employées à temps partiel. Parmi les 10 infirmières à temps partiel, 5 d'entre elles avaient une autre activité : 4 infirmières travaillaient en libéral et 1 infirmière en secteur psychiatrique.

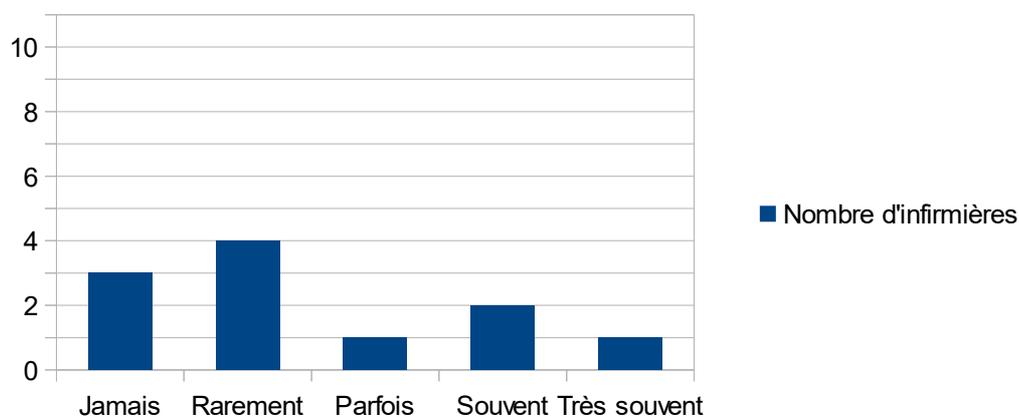
### **2-2 La concertation**

#### **2-2-1 Organisation de la concertation**

##### ***2-2-1-1 Rencontres entre l'IDE et le MG***

- Réunions dédiées

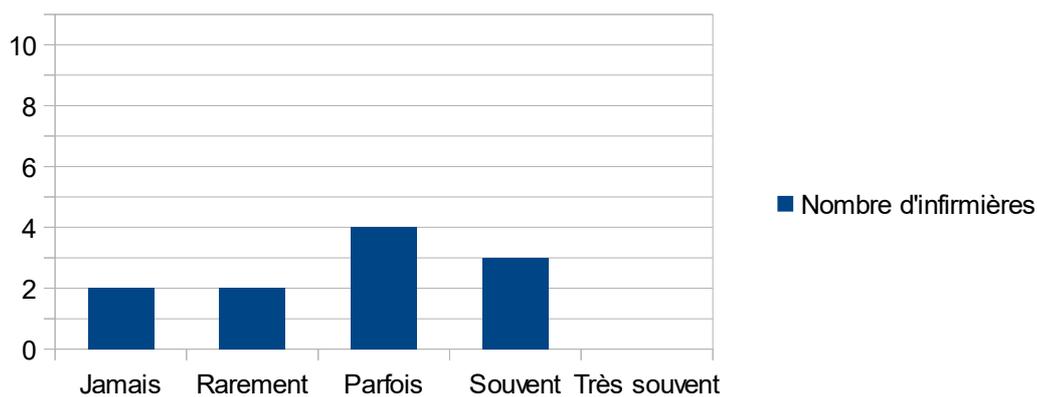
Il arrivait à 8 infirmières sur 11 de réaliser la concertation avec les médecins après prise en charge des patients lors de réunions dédiées (**Figure 11**).



**Figure 11** : Fréquence de réalisation de réunions dédiées à la concertation par les IDE ASALEE

- Réunions organisées pour autre chose

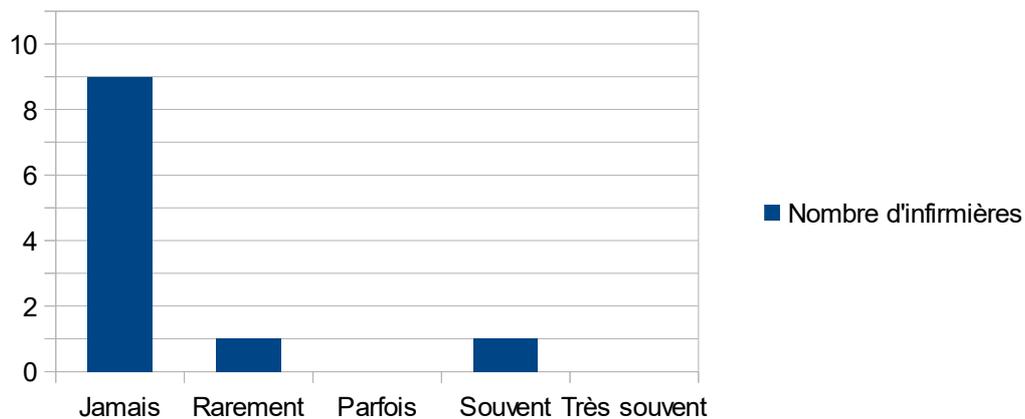
Neuf infirmières sur 11 pouvaient réaliser la concertation à l'occasion de réunions organisées pour autre chose (**Figure 12**).



**Figure 12** : Fréquence de réalisation de la concertation à l'occasion de réunions organisées pour autre chose par les IDE ASALEE

- Réunions rassemblant l'infirmière, le patient et le médecin

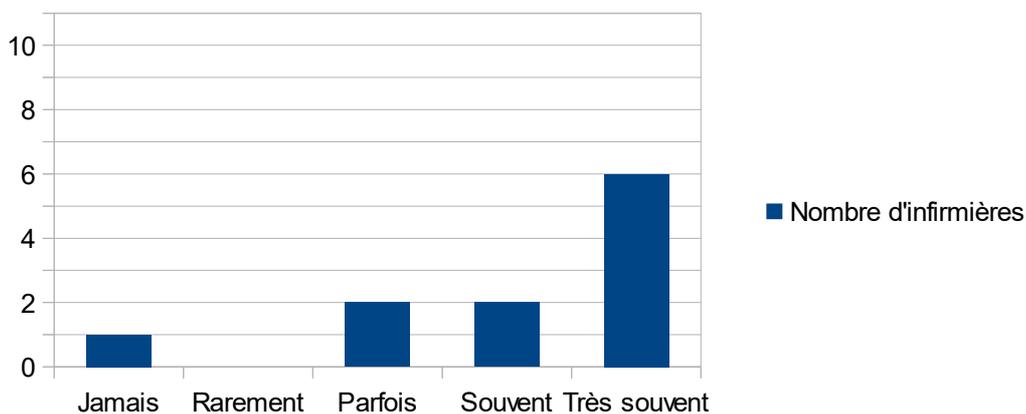
Sur les 11 IDE, 2 réalisaient des réunions en présence du patient et du médecin (**Figure 13**).



**Figure 13** : Fréquence de réalisation de réunions avec le médecin et le patient par l'IDE ASALEE

- Concertation rapide, « entre deux portes »

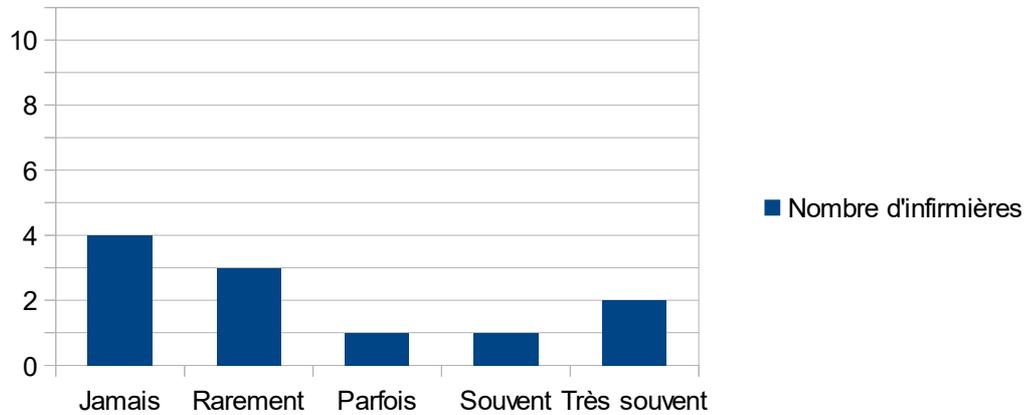
Il arrivait à la majorité des infirmières (10 sur 11) de réaliser la concertation rapidement, « entre deux portes » (**Figure 14**).



**Figure 14** : Fréquence de réalisation de la concertation rapidement, « entre deux portes » par les IDE ASALEE

- Pas de concertation

Il arrivait à 7 infirmières sur les 11 de ne pas réaliser de concertation avec les médecins, après la prise en charge des patients (**Figure 15**).



**Figure 15** : Fréquence d'absence de concertation après prise en charge des patients par les IDE ASALEE

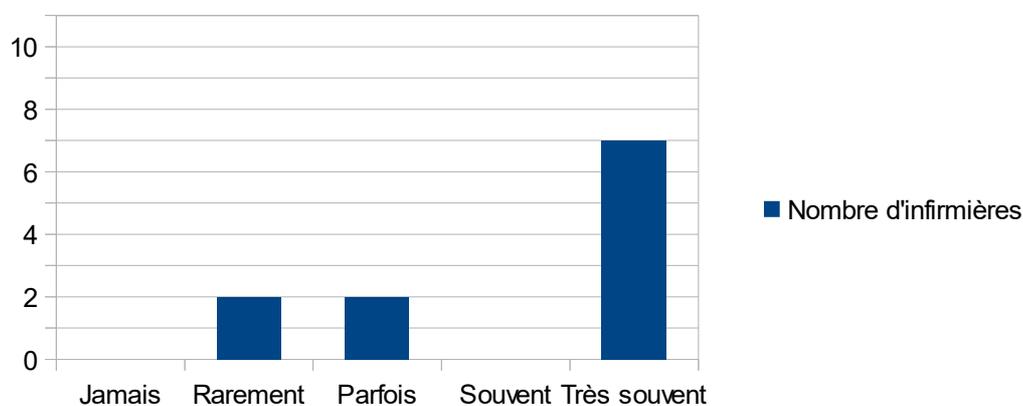
- Autres formes de concertation

Une infirmière sur 11 déclarait réaliser la concertation lors du repas du midi, pris avec les médecins.

## 2-2-1-2 Utilisation d'outils pour la communication

### - Messages laissés dans le dossier patient

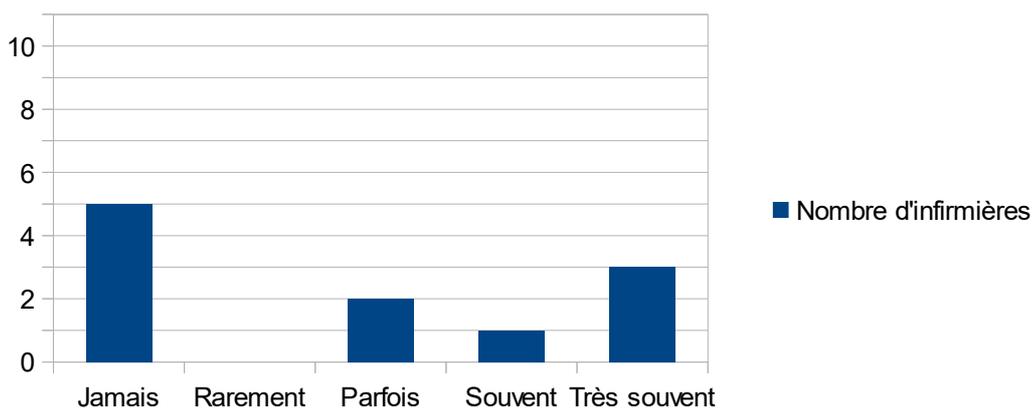
Toutes les infirmières laissaient des messages dans le dossier des patients à l'attention des médecins (Figure 16).



**Figure 16 :** Fréquence de concertation réalisée à l'aide de messages laissés dans le dossier du patient par les IDE ASALEE

### - Messagerie informatisée (réseau du cabinet ou incluse dans le logiciel-métier)

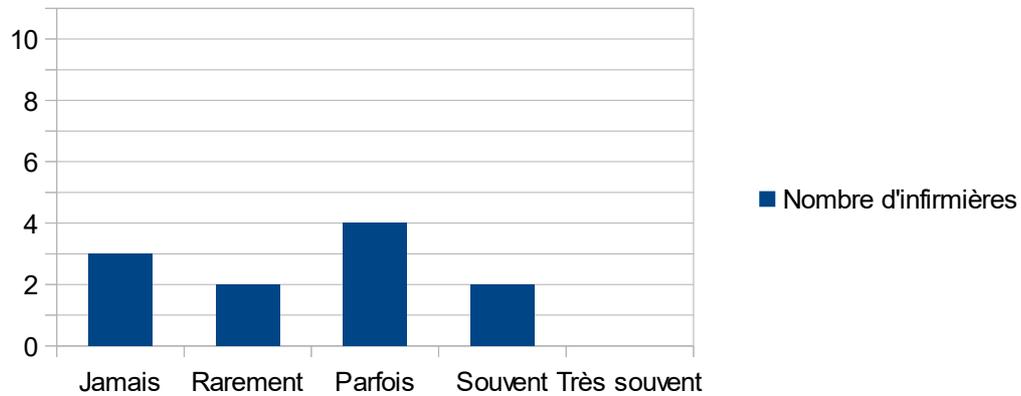
Six infirmières sur onze utilisaient une messagerie informatisée, sur le réseau du cabinet ou incluse dans le logiciel-métier pour réaliser la concertation (Figure 17).



**Figure 17 :** Fréquence d'utilisation d'une messagerie informatisée par les IDE ASALEE pour la concertation

- Mail

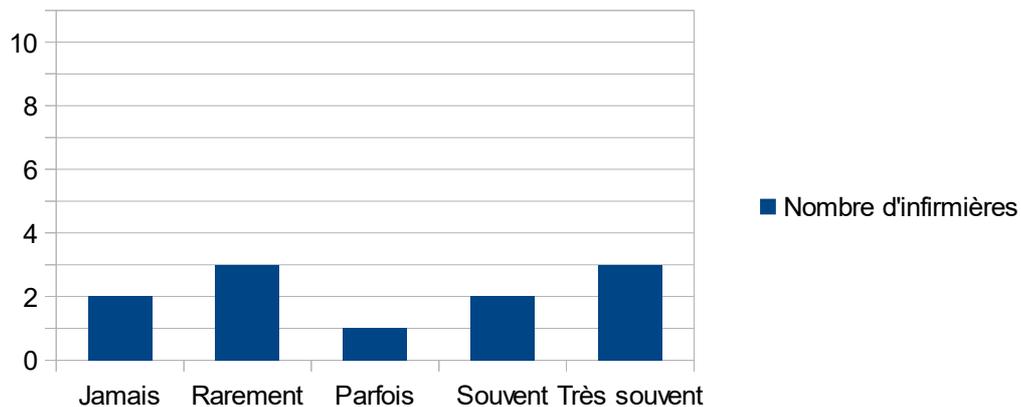
Sur les 11 IDE ASALEE, 8 envoyaient des mails aux médecins pour réaliser la concertation (**Figure 18**).



**Figure 18** : Fréquence d'utilisation d'une boîte mail par les IDE ASALEE pour la concertation

- Mots sur papier, laissés dans casiers

Neuf des infirmières laissaient des mots écrits sur papier dans le casier du médecin, afin de se concerter sur la prise en charge des patients (**Figure 19**).



**Figure 19** : Fréquence d'utilisation de mots sur papier par les IDE ASALEE pour la concertation

### - Téléphone

Dix infirmières sur 11 se servaient du téléphone pour réaliser la concertation avec le médecin (Figure 20).

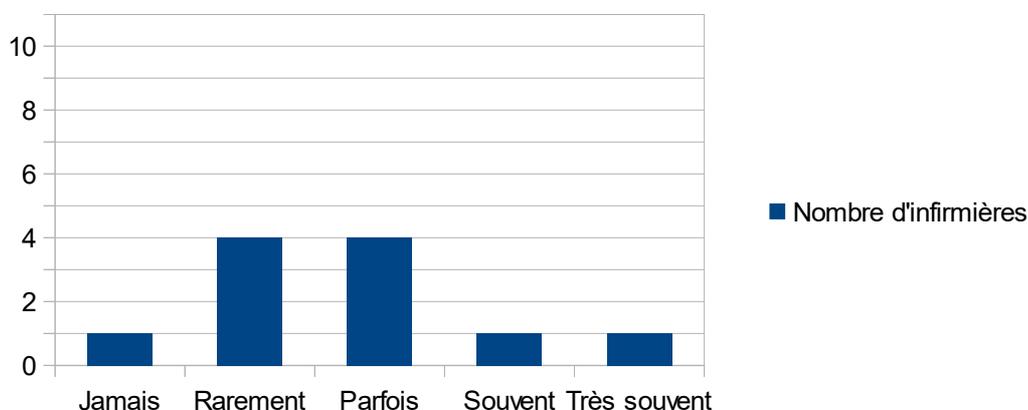


Figure 20 : Fréquence d'utilisation du téléphone par les IDE ASALEE pour la concertation

#### 2-2-1-3 Procédé le plus utilisé

Le plus souvent, les infirmières déclaraient que la concertation se réalisait rapidement, « entre deux porte » (8 IDE sur 11).

Pour une infirmière, la concertation était le plus souvent réalisée lors du repas du midi, pour une autre lors de réunions dédiées. La dernière infirmière se servait le plus souvent de messages dans le dossier du patient afin de réaliser la concertation.

#### 2-2-2 Temps de concertation

Les infirmières estimaient consacrer en moyenne 1,5 heures par mois à la concertation avec les médecins, au total.

Une IDE estimait le temps passé à 3 heures.

La réponse d'une infirmière a été interprétée comme si aucun temps de concertation n'était réalisé (0 heure). Elle déclarait en effet être « loin de les voir tous les mois » et leur demander « deux ou trois fois par an » d'organiser une réunion dédiée, « en plus de les croiser dans le couloir si besoin urgent ».

Presque toutes les IDE ASALEE (10/11) estimaient que le temps de concertation était différent en fonction des médecins avec lesquels elles travaillaient.

## **2-2-3 Remarques et suggestions d'amélioration de la concertation**

### ***2-2-3-1 Remarques sur l'organisation actuelle***

Sept infirmières sur 11 indiquaient que la concertation était organisée différemment en fonction des médecins avec lesquels elles travaillaient.

Certaines l'expliquaient par le temps de travail ou le planning des médecins, qui travaillaient chacun de manière différente. Le planning de l'IDE semblait aussi jouer un rôle, surtout pour celles qui travaillaient à temps partiel.

La personnalité des médecins entrain également en jeu pour les infirmières, ainsi que leur « *investissement* » et leur « *implication* » dans le dispositif ASALEE. Ces notions semblaient rapportées à l'âge des médecins, ainsi qu'au temps passé dans le dispositif.

Une infirmière soulignait que « *l'essentiel* » était que « *les choses soient partagées* ».

### ***2-2-3-2 Suggestions d'amélioration de la concertation***

Parmi les 11 IDE, 8 auraient aimé organiser autrement la concertation avec le médecin concernant la prise en charge des patients.

Cinq auraient souhaité que la concertation soit organisée de manière plus formelle ou lors de réunions dédiées.

Une IDE suggérait que les temps de concertation soient organisés en avance et « *institués* », pour ne pas avoir à le demander à chaque fois aux médecins.

Une infirmière aurait aimé réaliser la concertation au plus proche de la consultation avec le patient, afin de bien se souvenir des informations, sans devoir vérifier dans le dossier.

Une IDE voudrait « *pouvoir avoir un temps individuel dédié avec chaque médecin* » au lieu de temps « *collectifs* », qui sont pour elle un « *frein pour créer une alliance forte avec chacun* ».

## **2-3 Entrée du patient dans le dispositif ASALEE**

### **2-3-1 Présentation du dispositif ASALEE au patient**

Plusieurs méthodes étaient utilisées pour faire entrer le patient dans le dispositif ASALEE.

Le patient pouvait contacter lui-même l'IDE ASALEE :

- l'infirmière pouvait être présentée oralement par le médecin (10/11),
- sa carte pouvait être donnée au patient (7/11),
- elle pouvait être présentée directement en face à face (6/11).

Il arrivait également que les IDE contactent les patients. Les médecins pouvaient fournir aux infirmières les coordonnées du patient, avec son accord :

- en lui ayant préalablement expliqué l'intérêt du dispositif ASALEE (8/11),
- ou sans explication préalable (2/11).

Des rendez-vous pouvaient aussi être fixés directement au patient par le médecin, qui avait accès à l'agenda de l'infirmière (4/11).

### **2-3-2 Types de patients adressés par les médecins**

Les médecins adressaient aux IDE ASALEE différents types de patients.

Deux infirmières sur 11 répondaient que tous les patients concernés par les protocoles en place leur étaient adressés. Pour neuf infirmières, parmi les patients concernés par les protocoles, seuls ceux qui avaient besoin d'une prise en charge au sein du dispositif ASALEE d'après les médecins leur étaient adressés.

Sept IDE répondaient que des patients faisaient eux-même la demande d'une prise en charge au sein du dispositif ASALEE.

Deux infirmières pratiquaient une revue systématique des dossiers et repéraient des patients à prendre en charge.

## **2-4 Communication entre IDE et MG d'une façon générale**

### **2-4-1 Organisation de réunions en dehors de la concertation**

Il arrivait à 4 infirmières sur 11 de réaliser des réunions avec les médecins afin de discuter de nouveaux protocoles ou de faire un point sur le dispositif d'une façon générale.

### **2-4-2 Freins à la communication**

Pour la majorité des infirmières (9/11), le manque de temps du médecin était un frein à une meilleure communication.

Six infirmières identifiaient comme un frein l'entrée récente du médecin généraliste dans le dispositif ASALEE et ses difficultés à adapter sa pratique. Quatre infirmières étaient arrivées récemment en tant qu'IDE ASALEE et leur place n'était pas encore bien établie au sein du cabinet ou de la MSP. L'une d'entre elles signalait des difficultés pour « *s'imposer auprès des médecins* ».

Les emplois du temps divergents limitaient également la communication entre médecins et IDE. Deux infirmières n'étaient présentes que lors d'un jour de repos du médecin, une IDE identifiait comme un frein son temps partiel.

Aucune IDE n'indiquait l'absence de lieu de réunion disponible.

Aucune infirmière ne signalait non plus une mauvaise entente entre un médecin et elle.

### **2-4-3 Suggestions d'amélioration de la communication**

Dans le but d'améliorer la communication entre médecin et infirmière ASALEE, une IDE suggérait qu'il faudrait réaliser un « *protocole de présentation* » du dispositif pour les médecins.

Une autre proposait de faire participer les médecins aux formations, afin de les « *inclure un peu plus* » dans le dispositif. Elle précisait que ce procédé était déjà en train de se mettre en place.

Une IDE évoquait l'idée d'organiser des temps d'échange entre les médecins.

De nouveau, la notion de temps individuel avec chaque médecin était suggérée par une infirmière.

Une autre IDE n'avait pas de proposition d'amélioration de la communication, car elle trouvait que c'était très « *différent selon les cas* ».

## **2-5 Appréciation du dispositif ASALEE**

### **2-5-1 Par les infirmières**

Sur une échelle de 1 à 4, les IDE étaient satisfaites du dispositif ASALEE à 3,3 en moyenne (médiane 3).

Elles le justifiaient de différentes manières :

- La prise en charge du patient était optimisée : plus de temps lui était consacré, le suivi était plus global (« *approche du patient et de la maladie différente* », « *le suivi est plus complet* », « *le patient peut être accompagné, suivi, soutenu* »). Les infirmières prenaient du temps pour la prévention et travaillaient « *en amont des complications* ». Ainsi, le patient participait à sa prise en charge pour « *devenir acteur de sa santé* ».

- Les IDE mettaient également en avant un changement dans leur exercice professionnel, leur permettant de prendre plus de temps avec les patients, avec une grande liberté dans leur travail.

- Elles remarquaient cependant un manque de communication avec les médecins et leurs supérieurs au sein de l'association ASALEE. Le dispositif pourrait, d'après elles, être amélioré par « *une meilleure connaissance d'ASALEE par les médecins* » et « *plus de temps de concertations médicales* ».

### **2-5-2 Par les patients**

Neuf IDE sur 11 pensaient que les patients étaient satisfaits de leur prise en charge au sein du dispositif ASALEE. Deux ne se prononçaient pas.

### 3- Mise en commun des résultats des IDE et des MG

#### 3-1 La concertation

##### 3-1-1 Organisation de la concertation

De nombreux moyens de communication étaient utilisés par les 42 répondants aux questionnaires, afin de réaliser la concertation après prise en charge des patients.

Le **Tableau 3** recense l'utilisation des différents moyens de communication par les médecins et les infirmières pour réaliser la concertation.

**Tableau 3** : Modes de concertation utilisés par les médecins et les infirmières ASALEE

Type de concertation	Nombre de répondants	Pourcentage de répondants
Concertation rapide, « entre deux portes »	39	92,9
Réunions dédiées	33	78,6
A l'occasion d'une autre réunion	37	88,1
Réunions rassemblant médecin, IDE et patient	9	21,4
Messages dans le dossier patient	39	92,9
Messagerie informatique du cabinet	23	54,8
Mail	22	52,4
Mots sur papier	26	61,9
Appel téléphonique	31	73,8
Pas de concertation	22	52,4

Pour tous, le plus souvent la concertation était réalisée rapidement, "entre deux portes" (**Tableau 4**).

**Tableau 4 :** Mode de concertation le plus souvent utilisé d'après les répondants aux questionnaires (42 généralistes et infirmières ASALEE)

Type de concertation	Nombre de répondants	Pourcentage de répondants
Concertation rapide, « entre deux portes »	19	45,2
Réunion dédiée	8	19,0
Messages dans le dossier patient	6	14,3
A l'occasion d'une autre réunion	3	7,1
Appel téléphonique	2	4,8
Messagerie informatique du cabinet	2	4,8
Mail	1	2,4
Repas du midi	1	2,4
Réunions rassemblant médecin, IDE et patient	0	0,0
Mots sur papier	0	0,0

### 3-1-2 Remarques et suggestions d'amélioration de la concertation

Parmi les répondants, 19 personnes (45,2%), dont 11 médecins et 8 infirmières, auraient souhaité organiser la concertation d'une autre manière.

D'une façon générale, les infirmières comme les médecins aimeraient consacrer plus de temps à la concertation, et que celle-ci soit organisée de manière plus formelle et régulière, si possible lors de réunions dédiées.

### 3-2 Entrée du patient dans le dispositif ASALEE

Plusieurs méthodes étaient utilisées pour faire entrer le patient dans le dispositif ASALEE.

Le patient pouvait contacter lui-même l'IDE ASALEE :

- l'infirmière pouvait être présentée oralement par le médecin : 36 répondants (85,7%),
- sa carte pouvait être donnée au patient : 23 répondants (54,8%),
- elle pouvait être présentée directement en face à face : 20 répondants (47,6%).

Il arrivait également que les IDE contactent les patients. Les médecins pouvaient fournir aux infirmières les coordonnées du patient, avec son accord :

- en lui ayant préalablement expliqué l'intérêt du dispositif ASALEE : 34 répondants (81%),
- ou sans explication préalable : 3 répondants (7,1%).

Des rendez-vous pouvaient aussi être fixés directement au patient par le médecin, qui avait accès à l'agenda de l'infirmière ou via le secrétariat, pour 12 répondants (28,6%).

### **3-3 Communication entre MG et IDE d'une façon générale**

#### **3-3-1 Organisation de réunions en dehors de la concertation**

Il arrivait à 26 soignants (61,9%) de réaliser des réunions rassemblant l'infirmière ASALEE et les autres médecins du cabinet ou de la MSP afin de discuter de nouveaux protocoles ou de faire un point sur le dispositif d'une façon générale.

#### **3-3-2 Freins à la communication**

Pour la majorité des infirmières et des médecins, le manque de temps était un frein à une meilleure communication au sein du dispositif ASALEE (38 répondants, soit 90,5%).

Plusieurs soignants identifiaient également comme un frein des emplois du temps divergents entre médecin et infirmière, avec la présence de l'infirmière uniquement lors d'un jour de repos du médecin (7 répondants, soit 16,7%).

Pour 11 répondants (26,2%), l'entrée récente du médecin dans le dispositif ASALEE limitait la communication, avec des difficultés à adapter la pratique médicale.

Parallèlement, pour 11 soignants (26,2%), l'arrivée récente de l'infirmière ASALEE était un frein à la communication, car sa place n'était pas encore bien établie au sein du cabinet ou de la MSP.

Aucun répondant ne signalait comme un frein l'absence d'un lieu de réunion disponible ou une mauvaise entente entre l'infirmière ASALEE et le médecin.

### **3-3-3 Suggestions d'amélioration de la communication**

D'une façon générale, médecins et infirmières semblaient avoir la volonté d'améliorer la communication au sein du dispositif ASALEE. Ils suggéraient ainsi plusieurs idées.

Du côté des médecins, on notait une tendance à vouloir structurer les échanges, afin que du temps soit réservé aux rencontres et discussions avec les IDE.

Pour les infirmières, la communication serait plus facile si les médecins connaissaient mieux le dispositif, pour qu'ils s'y sentent plus inclus.

Des deux côtés, il était signalé que la communication était également personne-dépendante.

### **3-4 Appréciation du dispositif ASALEE**

Sur une échelle de 1 à 4, les médecins et infirmières appréciaient le dispositif ASALEE en moyenne à 3,5 (médiane 4).

Plusieurs arguments étaient exposés.

La prise en charge du patient était optimisée, surtout grâce aux longues consultations avec les infirmières et au développement de l'éducation thérapeutique.

L'exercice du métier des soignants était modifié :

- facilitation de prise en charge des patients et gain de temps pour les médecins,
- liberté de travail et possibilité de prendre du temps avec le patient pour les infirmières.

Cependant, les deux partis notaient des pistes d'amélioration du dispositif, notamment dans la communication et l'organisation au quotidien.

A noter enfin que la majorité des soignants (40 répondants, soit 95,2%), pensaient que les patients étaient satisfaits de leur prise en charge au sein du dispositif ASALEE.

# DISCUSSION

## 1- Forces et faiblesses de l'étude

### 1-1 Population d'étude

#### 1-1-1 Les médecins

Notre étude a été réalisée dans le secteur Ouest de la Saône-et-Loire. Sur les 48 médecins généralistes faisant partie du dispositif ASALEE, 31 ont répondu au questionnaire (64,6%).

Le **Tableau 5** décrit les principales caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes de l'étude comparés à ceux de Saône-et-Loire<sup>(12)</sup>.

**Tableau 5** : Comparaison entre la population de MG étudiée et les médecins généralistes de Saône-et-Loire en 2018<sup>(12)</sup>.

	Saône-et-Loire		Etude	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>Nombre de MG</b>	715,0	100,0	31,0	100,0
<b>Nombre d'hommes</b>	406,0	56,8	21,0	67,6
<b>Nombre de femmes</b>	309,0	43,2	10,0	32,3
<b>Age</b>				
<b>Age moyen (années)</b>	52,0		45,7	
<b>Age moyen des hommes (années)</b>	55,1		47,4	
<b>Age moyen des femmes (années)</b>	47,9		42,1	
<b>Moins de 30 ans</b>	21,0	2,9	2,0	6,5
<b>Entre 30 et 44 ans</b>	177,0	24,8	16,0	51,6
<b>Entre 45 et 64 ans</b>	415,0	58,0	10,0	32,3
<b>65 ans et plus</b>	102,0	14,3	3,0	9,7
<b>Modes d'exercice</b>				
<b>Libéraux</b>	376,0	52,6	26,0	83,9
<b>Mixtes</b>	88,0	12,3	3,0	9,7
<b>Salariés hospitaliers</b>	148,0	20,7	0,0	0,0
<b>Salariés autres</b>	103,0	14,4	2,0	6,5

La population étudiée était plus jeune, plus masculine et travaillant plus en libéral que la population de médecins généralistes de Saône-et-Loire.

Le dispositif ASALEE ayant été créé en partie afin de libérer du temps aux généralistes, il semble logique que la part de médecins libéraux soit plus importante que celle des salariés, et notamment qu'on ne compte pas de médecin hospitalier dans la population étudiée.

L'âge inférieur des médecins de l'étude peut peut-être s'expliquer par l'implantation récente du dispositif ASALEE. Ainsi, les jeunes médecins seraient plus enclins à modifier leur manière de travailler et à tester de nouvelles méthodes de travail que les plus âgés.

On peut se demander également si le fait que les questionnaires aient été informatisés et transmis par mail n'aurait pas influé sur l'âge des répondants : les outils informatiques sont-ils plus utilisés par les médecins plus jeunes ?

Enfin, il est possible que les médecins les plus jeunes et donc plus récemment installés répondent plus volontiers aux questionnaires de thèse envoyés par les étudiants.

La population d'étude était également plus masculine que la population de médecins généralistes de Saône-et-Loire. Les femmes s'installent peut-être moins que les hommes dans le secteur libéral ?

### **1-1-2 Les infirmières**

Les 11 infirmières ASALEE faisant partie du secteur ouest de la Saône-et-Loire ont toutes répondu au questionnaire.

Les infirmières de l'étude étaient toutes des femmes. En Saône-et-Loire, en 2018, on recensait 5748 infirmiers, dont 613 hommes (10,7 %) et 5135 femmes (89,3 %)<sup>(12)</sup>.

L'âge moyen des infirmiers en Saône-et-Loire en 2018 était de 44,2 ans hommes et femmes confondus, et 44,2 ans pour les femmes<sup>(12)</sup>. Les IDE de l'étude avaient en moyenne 45,8 ans.

L'âge légèrement supérieur de la population d'étude peut s'expliquer par le fait que les infirmières ASALEE avaient toutes exercé une autre activité avant d'entrer dans le dispositif.

Le faible nombre d'infirmières de l'étude est justifié par la division de chaque région en secteurs géographiques, permettant aux IDE ASALEE d'échanger en petits groupes et de rester facilement en

contact. Elle se rassemblent régulièrement lors de réunions de secteur pour se former de façon continue et réaliser une analyse des pratiques<sup>(10,11)</sup>.

## **1-2 Méthode**

### **1-2-1 Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale.

Les études observationnelles ont un faible niveau de preuve scientifique. Cependant, la recherche qualitative permet une analyse des pratiques, en recueillant des données chiffrées et non chiffrées. Elle permet un début d'interprétation des résultats, une compréhension des comportements<sup>(13)</sup>. Ce type d'étude semblait le plus adapté à notre question et nos objectifs de recherche.

La transversalité diminue le risque de biais de mesure (notamment de mémorisation), puisque les répondants étaient interrogés sur leurs pratiques actuelles.

On peut estimer que l'étude manquait de puissance puisque le nombre de répondants était faible, le secteur géographique de recueil des données étant limité.

ASALEE étant un protocole de coopération entre médecins et infirmiers, il semblait plus pertinent de recueillir des données provenant des deux partis. Ainsi, nous avons pu analyser les réponses des généralistes et des infirmières.

### **1-2-2 Questionnaire**

Le questionnaire a été préféré à l'entretien individuel pour permettre de collecter un plus grand nombre d'informations auprès de plus de participants.

Il était composé de questions à choix multiples et choix simple, ce qui pouvait limiter l'amplitude de réponses possibles, comme les propositions étaient déjà écrites. C'est pourquoi des questions ouvertes ont été ajoutées, sans être trop nombreuses pour ne pas lasser les répondants. En outre, le questionnaire a été rédigé avec l'aide d'une infirmière ASALEE, afin d'être le plus exhaustif possible dans les propositions des questions.

Un pré-test a été envoyé à des personnes non concernées par l'enquête afin de corriger les erreurs et vérifier la compréhensibilité et la formulation des différentes questions et réponses.

A noter une question mal comprise par trois participants à l'étude, avec deux réponses contradictoires cochées, dans la Partie 3 « Entrée du patient dans le dispositif ASALEE ».

Le questionnaire n'étant pas anonyme (l'enquêtrice ayant accès aux adresses mail des répondants, lui permettant de valider les réponses), le biais de désirabilité est à prendre en compte pour l'analyse des résultats.

### **1-2-3 Lieu de l'étude**

L'étude a été réalisée dans le secteur Ouest de la Saône-et-Loire, département rural et plutôt peu attractif, avec une accessibilité potentielle localisée (APL) assez faible (classe 2 des territoires de vie décrits par l'IRDES)<sup>(14)</sup>. On peut donc penser que les médecins généralistes de ce secteur ont une patientèle nombreuse comportant une part importante de personnes âgées. C'est dans ce type de territoire que le dispositif ASALEE devrait montrer toute son utilité : meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ayant un accès aux soins difficile et dégagement de temps de consultation pour les médecins généralistes.

Le lieu de l'étude a donc peut-être influé sur les résultats. La population d'étude a pu être plus motivée à répondre, le dispositif ASALEE y étant plus utilisé.

A noter enfin que l'enquêtrice a réalisé son internat dans ce secteur, ce qui l'avait amenée à rencontrer certains des médecins interrogés, qui ont sûrement été plus enclins à répondre au questionnaire.

### **1-2-4 Période de recueil des données**

Les questionnaires (ainsi que les mails de relance) ont été envoyés lors de la pandémie de COVID-19, ce qui a pu diminuer le nombre de répondants, les médecins ayant été très occupés durant cette période.

## 2- Résultats de l'étude

### 2-1 État des lieux de la communication

Notre étude a permis de répondre à la question de recherche : « Comment s'organise la communication entre le médecin généraliste et l'infirmier dans le cadre du dispositif ASALEE ? ».

La concertation était organisée différemment selon les cas, en fonction des différents médecins et infirmières.

Le plus souvent, les médecins et infirmières ASALEE réalisaient la concertation rapidement, « entre deux portes ». Elle était également réalisée lors de réunions, dédiées à la concertation ou organisées pour autre chose. De nombreux outils de communication étaient utilisés : dossiers médicaux, mail, téléphone, messagerie informatisée du logiciel, mots sur papier. Fréquemment, aucune concertation n'était réalisée après la prise en charge des patients.

L'entrée du patient dans le dispositif ASALEE était également organisée différemment selon les cas. Le plus souvent, les médecins donnaient les coordonnées du patient à l'infirmière ou lui présentaient oralement celle-ci.

On notait certaines divergences entre les réponses des médecins et des infirmières, qui pourtant travaillaient ensemble dans le même secteur. Par exemple, certains médecins répondaient ne pas se servir de messages laissés dans le dossier du patient pour la concertation, alors que toutes les IDE en laissaient. Plus d'IDE que ce que répondaient les MG pensaient que les patients leur étaient adressés sans explication préalable concernant le rôle d'ASALEE.

Ces différences s'expliquent en partie parce que les médecins du secteur ont moins répondu au questionnaire que les infirmières (31/48 *versus* 11/11). On peut se demander également si ces divergences sont le miroir d'un manque de communication entre les répondants, montrant que les uns ne savent pas comment les autres travaillent.

Les différents médecins et infirmières n'ont pas les mêmes manières de travailler ensemble. Le dispositif ASALEE n'impose pas de protocole concernant la communication entre eux. Mais faudrait-il que tout soit organisé et institué ? La diversité fait la richesse de cette expérience. Elle

permet d'adapter le dispositif à chacun, à chaque personnalité (médecin ou IDE), au plus proche du terrain et du patient.

## **2-2 Freins et pistes d'amélioration de la communication au sein d'ASALEE**

Le manque de temps était le frein principal à une meilleure communication. Ce résultat semble paradoxal avec le rôle du dispositif ASALEE, créé pour libérer du temps aux médecins, grâce à la coopération avec une infirmière. Il faudrait cependant que le médecin dégage du temps afin que le dispositif soit plus efficace ? Il a été montré dans le cadre du programme DAPHNEE, que le travail avec l'IDE ASALEE permettait un gain de temps médical<sup>(9)</sup>. Ce temps était utilisé par les médecins pour augmenter le nombre de patients vus en consultation, notamment dans les zones où l'accès aux soins est le plus difficile.

On notait aussi une certaine crainte des infirmières de déranger le médecin et de devoir s'imposer auprès de lui. Les MG sont effectivement très occupés, mais comme il a été souligné par l'un des généralistes de l'étude, ils se sont engagés dans le dispositif et à une prise en charge partagée des patients. Ces peurs des infirmières sont peut-être le reflet d'anciennes habitudes, où les médecins étaient peu accessibles et le travail en équipe peu développé, à l'hôpital comme en ville. L'exercice pluriprofessionnel devrait permettre de casser ces frontières entre les différentes professions de santé.

De plus en plus, les formations d'ASALEE sont ouvertes aux médecins, pour les inclure d'avantage dans le dispositif. Le but est d'améliorer la coopération avec les IDE et d'intégrer plus de patients, grâce à une meilleure connaissance des protocoles.

Comme suggéré par l'un des médecins interrogés, un « *tableau de synthèse* » indiquant l'évolution d'indicateurs mesurés chez les patients pourrait être délivré aux médecins. Grâce au logiciel de gestion d'ASALEE, ces indicateurs sont disponibles et utilisés par les IDE. Ils pourraient être fournis aux MG qui seraient en mesure de suivre leurs patients par cet intermédiaire.

D'une façon générale, les médecins comme les infirmières avaient la volonté de faire évoluer leurs pratiques au sein d'ASALEE. Ils étaient tous satisfaits du dispositif et pensaient que leurs patients l'étaient aussi.

Un temps d'adaptation, de la part des médecins comme des infirmières, est nécessaire pour une meilleure coopération et une meilleure efficacité du dispositif.

### **3- Autres études**

#### **3-1 Concernant le dispositif ASALEE**

Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux rapportés dans le programme d'évaluation DAPHNEE mené par l'IRDES.

En effet, il a été observé une hétérogénéité des pratiques au sein du dispositif ASALEE. Une typologie des binômes médecin-infirmier avait permis de les classer en trois groupes, en fonction de plusieurs critères, notamment l'intensité de l'activité, l'ancienneté dans le dispositif et l'intensité des échanges entre professionnels<sup>(15)</sup>. Ces échanges étaient décrits comme « formels » ou « informels » et c'est principalement leur fréquence qui était prise en compte dans l'évaluation.

Notre étude, de moindre amplitude, s'est attachée à décrire de manière plus précise ces différents échanges entre les médecins et les infirmières au sein du dispositif ASALEE, dans un même secteur géographique.

Une thèse qualitative réalisée en Charente en 2017 a cherché à identifier les freins à la coopération entre médecins et infirmiers ASALEE<sup>(16)</sup>. Comme dans notre étude, le manque de temps était un frein fréquemment retrouvé. Il était également rapporté une fréquence et un temps de concertation variables selon les médecins. Ceux-ci déclaraient oublier parfois de proposer au patient une prise en charge par l'IDE ASALEE. Dans certains cabinets, le manque de place était un frein. La prise de liberté des IDE avec un problème de responsabilité médicale entraînait chez certains médecins une méfiance pour déléguer des tâches médicales aux infirmières. De façon positive, comme nous l'avons également observé, le dispositif ASALEE permettait une libération de temps médical et une meilleure prise en charge des patients, notamment les patients diabétiques.

#### **3-2 La délégation de tâches à l'étranger**

Pour répondre à une évolution de la démographie médicale et des soins primaires, d'autres pays expérimentent la délégation de tâches.

Au Royaume-Uni, la place des infirmières est importante au sein des soins primaires. La pratique

infirmière avancée (« advanced nursing practice ») est plus ancienne et regroupe plusieurs situations : infirmières cliniciennes (« clinical nurse ») ou infirmière praticienne (« nurse practitioner »). Leur rôle est complémentaire à celui du médecin, au sein des cabinets ou en dehors, avec des modes de rémunérations encourageant ces pratiques<sup>(1)</sup>. Elles peuvent réaliser des actes médicaux et bénéficient d'un droit de prescription<sup>(17)</sup>.

En Allemagne, les médecins travaillent plutôt avec des assistants médicaux, réalisant des actes techniques sous contrôle médical<sup>(17)</sup>.

En Suède, les infirmières travaillent en centres de santé avec les médecins. Elles sont le premier contact des patients, les orientent et réalisent des consultations<sup>(17)</sup>.

#### **4- Perspectives pour le futur**

Le dispositif ASALEE, encore expérimental et en cours d'évaluation, est amené à se développer. La coopération médecin-infirmier a prouvé son efficacité dans la prise en charge des patients diabétiques, grâce à l'éducation thérapeutique et au suivi régulier<sup>(18)</sup>. De nouveaux protocoles sont créés, d'abord localement, adaptés aux besoins du terrain, puis peuvent se généraliser ensuite.

##### Exemple de l'adaptabilité des IDE ASALEE au sein des cabinets

Durant l'épidémie de COVID-19, au printemps 2020, les infirmières ASALEE ont eu leur rôle à jouer, faisant preuve d'imagination et de souplesse.

Elles ont par exemple effectué le suivi des patients suspects d'être infectés par le virus, en les contactant régulièrement par téléphone. Cela a permis d'une part de rassurer les patients, d'autre part de dégager du temps aux médecins qui pouvaient consulter d'autres malades.

Certaines IDE ont pris contact avec les patients dont les rendez-vous avaient été annulés, car il était recommandé d'éviter les cabinets médicaux, notamment pour les personnes fragiles. Ainsi, les patients avaient un contact avec un soignant et l'infirmière pouvait signaler au médecin si une consultation, en présentiel ou par téléconsultation, était nécessaire.

Les médecins et IDE ASALEE ont donc joué un rôle complémentaire lors de cette épidémie, grâce à leur coopération et leur adaptabilité.

Le développement de l'exercice coordonné et pluriprofessionnel, afin de répondre aux besoins de la population et améliorer la qualité des soins, va permettre une évolution des métiers de la santé. Le dispositif ASALEE en est un exemple, ainsi que l'arrivée des infirmiers en pratique avancée (IPA)

(19) et le déploiement des assistants médicaux(20).

L'évaluation de ces nouveaux modes d'exercice est nécessaire afin de les adapter au mieux aux réalités du terrain.

# CONCLUSION

Le dispositif ASALEE permet une délégation de tâches des médecins vers les infirmiers, afin d'améliorer le suivi des patients et les conditions de travail des médecins. Notre étude s'est attachée à décrire la communication entre les infirmières ASALEE et les médecins du secteur Ouest de la Saône-et-Loire.

La communication entre infirmiers ASALEE et médecins s'organisait de façons variées. La plupart du temps, la concertation était réalisée rapidement, de manière informelle. Des réunions, dédiées à la concertation ou non, étaient également organisées régulièrement. Différentes manières d'adresser les patients à l'infirmière étaient rapportées. Le temps utilisé par chacun pour échanger était inégal et représentait un frein à une meilleure communication. Les médecins comme les infirmières montraient une volonté d'améliorer leur utilisation du dispositif et de le faire évoluer.

Pour compléter cette thèse, une étude réalisée sur un plus grand territoire pourrait être réalisée, afin de généraliser les résultats. L'avis des patients pourrait également être recueilli.

Le dispositif ASALEE laisse une grande liberté d'organisation aux différents acteurs. Cela permet une souplesse et une adaptation des pratiques à chaque personne et territoire. La prise en charge des patients est personnalisée.

Nous avons pu observer l'intérêt des généralistes et des infirmiers à une meilleure prise en charge de leurs patients, grâce à une action coordonnée et complémentaire. L'exercice pluriprofessionnel est amené à se développer, pour pallier les difficultés d'accès aux soins des patients, mais aussi pour améliorer leur suivi. Les moyens mis à disposition des soignants doivent être adaptés à leur quotidien sur le terrain. C'est pourquoi une évaluation des dispositifs existants est importante, afin de les ajuster au mieux.

# CONCLUSIONS SIGNEES

En introduction de ce travail de thèse, nous avons vu que l'évolution des besoins en santé et de la démographie médicale avait nécessité des changements du système de soins, notamment dans les soins ambulatoires.

Ainsi, l'exercice coordonné et pluriprofessionnel, regroupant des médecins avec d'autres professionnels de santé, se développe sur le territoire. De nouvelles manières de travailler sont expérimentées, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et les conditions de travail des soignants.

Le dispositif ASALEE est un exemple d'exercice pluriprofessionnel. Créé en 2004, il consiste en des protocoles de coopération entre un médecin généraliste et une infirmière déléguée à la santé publique, ou infirmière ASALEE. Ces protocoles permettent une délégation d'actes et d'activités dans le cadre de certaines pathologies chroniques (diabète, dépistage de la BPCO et suivi des patients tabagiques, risque cardio-vasculaire, repérage des troubles cognitifs de la personne âgée). Les infirmières réalisent des consultations de suivi et d'éducation thérapeutique ainsi que certains examens cliniques et complémentaires (pied diabétique, ECG, EFR). Cela permet de dégager du temps médical et une meilleure prise en soins des patients, avec un suivi personnalisé.

Nous nous sommes demandé comment était organisé ce travail commun entre infirmiers et médecins, en pratique, dans les cabinets.

Notre étude a porté sur la communication entre les médecins et les infirmières ASALEE, au sein du secteur Ouest de la Saône-et-Loire (secteur géographique défini par le dispositif ASALEE). Les objectifs ont été de décrire la communication entre médecins et infirmières, notamment comment était organisée la concertation après prise en charge du patient et comment celui-ci était adressé à l'infirmière. Une appréciation globale et des pistes d'amélioration du dispositif ont également été recueillies.

Nous avons observé que la concertation était réalisée de façon différentes selon les personnes, le plus souvent de manière informelle et non approfondie. Fréquemment, des réunions étaient également organisées entre les différents soignants, dédiées à la concertation ou non. Plusieurs outils pouvaient être utilisés : dossier du patient, messagerie informatisée, téléphone, etc. Régulièrement, aucune concertation n'était réalisée après prise en charge du patient. Le temps passé était variable également.

Le patient entrait dans le dispositif de différentes manières : il pouvait être adressé par le médecin ou en faire lui-même la demande, contacter l'infirmière lui-même ou être contacté par elle.

Médecins et infirmières reconnaissaient l'utilité du dispositif pour le patient, notamment grâce aux consultations longues et à l'éducation thérapeutique réalisées par les infirmières. Cela permettait au patient de devenir acteur de sa santé et de considérer différemment sa maladie. L'exercice médical était également amélioré, grâce à ce travail en équipe rompant l'isolement et procurant une

impression de travail mieux fait, pour les médecins, comme pour les infirmières.

La plupart des soignants interrogés avaient envie d'améliorer leur utilisation du dispositif, en partageant d'avantage sur la prise en charge des patients.

Le manque de temps des médecins était le frein le plus rapporté, limitant les échanges entre soignants. On notait aussi le besoin d'un temps d'adaptation lors de l'entrée dans le dispositif, de la part des médecins comme des infirmières, pour bien prendre ses marques.

D'une façon générale, chaque soignant avait sa propre manière de travailler, dépendant des habitudes et du caractère de chacun. Ces différences font la richesse du dispositif ASALEE et lui permettent d'être adapté à chaque personnalité et territoire, afin que tous l'utilisent de la manière qui leur convient et dont ils ont besoin.

Le dispositif ASALEE, récent et en cours d'évaluation, est donc un exemple d'exercice pluriprofessionnel. Bien qu'ayant montré son efficacité, notamment dans le gain de temps médical et dans la prise en charge des patients diabétiques, des améliorations sont encore possibles.

D'autres formes d'exercice pluriprofessionnel sont amenées à se développer, en ambulatoire comme dans le milieu hospitalier. Nous pensons notamment aux assistants médicaux et aux infirmiers en pratiques avancées, dont les missions devraient permettre de dégager du temps médical et une prise en charge plus globale du patient. Tous ces nouveaux dispositifs méritent une évaluation, afin de les adapter au mieux aux réalités du terrain.

Le Président du jury,

Pr. J.-M. PETIT

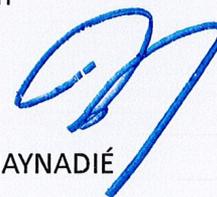
- 

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 16 Novembre 2020

Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



# BIBLIOGRAPHIE

- 1- Bras PL. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? Les Tribunes de la santé [en ligne]. 2011 [consulté le 19 novembre 2020];30:113-23.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-1-page-113.htm>
- 2- Clerc P, Duhot D, Le Breton J. Restructuration des soins ambulatoires en France : propositions de gestion des patients hypertendus. Santé publique [en ligne]. 2015 janvier [consulté le 19 novembre 2020];27(HS S1):209-17.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-209.htm>
- 3- Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Etud. Résult.-Minist. Empl. Solidar. DREES [en ligne]. 2012 mars [consulté le 19 novembre 2020];795.  
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-accessibilite-potentielle-localisee-apl-une-nouvelle-mesure-de-l#:~:text=Cet%20indicateur%2C%20%27accessibilit%C3%A9%20potentielle,habitants%20pour%20mesurer%20la%20demande.>
- 4- Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherche. Espace géogr. [en ligne]. 2018 [consulté le 19 novembre 2020];47:362-80.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2018-4-page-362.htm>
- 5- DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Dossier de presse : Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins. [en ligne]. 2018 [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf)
- 6- France. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. JORF n°0182 du 5 août 2017, texte n°16.
- 7- Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? RFAS [en ligne]. 2011 [consulté le 19 novembre 2020];2:253-75.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-253.htm>
- 8- HAS. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Paris : HAS ; 2008 avril [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco\\_cooperation\\_vvd\\_16\\_avril\\_2008\\_04\\_16\\_12\\_23\\_31\\_188.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf)
- 9- Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Questions d'économie de la santé [en ligne]. 2019 avril [consulté le 19 novembre 2020];241.  
Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.pdf>
- 10- Laboratoire d'informatique médicale et d'ingénierie des connaissances en e-santé (LIMICS). ASALEE, action de santé libérale en équipe. [en ligne]. 2018 mai [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : <http://www.limics.fr/fr/evenement/index/voir/111-Regard-croisé-sur-pré-génèse-et-développement-d'Asalée---action-de-santé-libérale-en-équipe---1998---2018>

- 11- Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (ASALEE) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé [en ligne]. 2018 avril [consulté le 19 novembre 2020];232.  
Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>
- 12- DREES. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. La démographie des professions de santé [en ligne]. [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
- 13- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. exercer [en ligne]. 2008 [consulté le 19 novembre 2020];84:142-5.  
Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_RQ\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf)
- 14- Chevillard G, Mousquès J. Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français [document de travail] [en ligne]. 2019 janvier [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf>
- 15- Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. Questions d'économie de la santé [en ligne]. 2019 février [consulté le 19 novembre 2020];239.  
Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf>
- 16- Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente [en ligne]. 73 f. Thèse d'exercice : Médecine : Poitiers : 2017 [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/58380>
- 17- Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. 2008 [consulté le 19 novembre 2020];93(2):94-105.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-94.htm>
- 18- Bourgueil Y, Le Fur Y, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie de la santé [en ligne]. 2008 novembre [consulté le 19 novembre 2020];136.  
Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
- 19- DGOS. Direction Générale de l'Offre de Soins. Reconnaissance de la pratique avancée infirmière [en ligne]. Présentation. Paris : DGOS ; 2019 [consulté le 19 novembre 2020].  
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- 20- Assurance maladie. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [en ligne]. Paris : Assurance maladie ; 2019 [consulté le 19/11/2020].  
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Mail d'introduction

Mesdames et Messieurs les médecins généralistes du secteur Ouest de la Saône-et-Loire,

Exerçant actuellement en tant qu'adjointe à la MSP de Gueugnon et souhaitant m'y installer, je réalise ma thèse sur le dispositif ASALEE, et plus précisément sur la communication entre les médecins et les infirmiers et infirmières (IDE) ASALEE.

En effet, les pratiques restent hétérogènes, tant sur le point de l'organisation de la concertation entre IDE et médecins après prise en charge des patients, que sur la manière d'adresser le patient à l'IDE.

L'objectif de mon étude sera de décrire les pratiques actuelles et de recueillir vos suggestions pour améliorer cet aspect du dispositif ASALEE.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire, dont je vous joins le lien :

<https://forms.gle/EKCj1Zy4HVwuzC579>

Il est adressé à tous les médecins du secteur Ouest de la Saône-et-Loire travaillant avec une infirmière ASALEE.

Un autre questionnaire équivalent sera envoyé aux infirmières ASALEE du même secteur.

Les réponses restent anonymes et vos données personnelles ne seront pas diffusées. Vos propos pourront être cités dans mon travail de thèse.

Je vous remercie de votre collaboration et pour votre de temps.

Je reste disponible pour plus de précisions ou d'éventuelles questions.

Cordialement,

Laure-Emmanuelle Benazet-Lacarre

## **Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux infirmières**

### **Communication entre infirmiers et médecins généralistes dans le cadre du dispositif ASALEE**

*Bonjour,*

*Je réalise ce questionnaire dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale.*

*Il a pour but de faire le point sur la communication entre l'infirmier ou l'infirmière (IDE) ASALEE et le médecin généraliste.*

*Un questionnaire équivalent est transmis aux médecins du secteur ouest de la Saône-et-Loire.*

*Les données personnelles restent anonymes et vos propos pourront être cités dans mon travail de thèse.*

*Il vous faudra environ dix minutes pour remplir ce questionnaire.*

*Je vous remercie de votre collaboration.*

#### **Partie 1 - Quelques informations personnelles**

1-1. Êtes-vous :  
- un homme ?  
- une femme ?

1-2. Quel âge avez-vous ?

1-3. Depuis combien d'années faites-vous partie du dispositif ASALEE ?

1-4. Que faisiez-vous avant d'entrer dans le dispositif ASALEE ?

1-5. Quel est votre mode d'exercice ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- IDE ASALEE à plein temps
- IDE ASALEE à temps partiel
- Autre activité en plus d'ASALEE
- Autre :

1-6. Quelle est votre adresse mail ? *(Celle-ci ne sera pas diffusée mais me permettra de valider votre réponse au questionnaire et de ne pas vous recontacter inutilement)*

## Partie 2 - La concertation avec les médecins

2-1. Comment organisez-vous la concertation avec les médecins concernant la prise en charge de vos patients ? Vous arrive-t-il de :

	Non	Rarement (une fois par mois ou moins)	Parfois (plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine)	Souvent (une fois par semaine)	Très souvent (plus d'une fois par semaine)
Ne pas réaliser de concertation ?					
Réaliser des réunions dédiées à la concertation ?					
Vous concerter à l'occasion d'une réunion organisée pour autre chose ?					
Organiser des réunions rassemblant le patient, le médecin et vous-même ?					
Réaliser la concertation rapidement, « entre deux portes » ?					

2-2. Quels autres outils utilisez-vous pour vous concerter avec les médecins ? Vous arrive-t-il de :

	Non	Rarement (une fois par mois ou moins)	Parfois (plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine)	Souvent (une fois par semaine)	Très souvent (plus d'une fois par semaine)
Laisser des messages dans le dossier patient ?					
Utiliser une messagerie informatisée (incluse dans le logiciel-métier ou sur le réseau du cabinet) ?					
Correspondre par mail ?					
Laisser des mots sur papier dans le casier du médecin ou en recevoir dans le vôtre ?					
Correspondre par téléphone ?					

2-3. Utilisez-vous d'autres formes de concertation avec les médecins ? Lesquelles ?

2-4. La concertation est-elle organisée différemment selon les médecins avec lesquels vous travaillez ?

- Oui
- Non

2-5. Si oui, comment l'expliquez-vous ?

2-6. Parmi tous les procédés déjà cités, lequel utilisez-vous le plus souvent pour réaliser la concertation avec les médecins ? (*Une seule réponse*)

- Réunion dédiée
- A l'occasion d'une autre réunion
- Réunion en présence du patient
- Concertation rapide, "entre deux portes"
- Messages dans le dossier patient
- Messagerie informatique du cabinet ou du logiciel
- Mail

- Mots sur papier
- Appel téléphonique
- Autre

2-7. Combien de votre temps consacrez-vous à la concertation avec les médecins, tous les mois ?  
(en heures)

2-8. Le temps de concertation mensuel est-il différent selon les médecins avec lesquels vous travaillez ?

- Oui
- Non

2-9. Si cela vous était possible, aimeriez-vous organiser autrement la concertation avec les médecins concernant la prise en charge de vos patients ?

- Oui
- Non

2-10. Si oui, de quelle façon ?

### Partie 3 - Entrée du patient dans le dispositif ASALEE

3-1. Comment les médecins vous adressent-ils les patients ?

	Oui	Non
En donnant votre carte au patient		
En vous présentant oralement au patient		
En vous présentant directement au patient en face à face		
En vous fournissant les coordonnées du patient, avec son accord et en lui expliquant l'intérêt du dispositif		
En vous fournissant les coordonnées du patient, mais sans lui avoir préalablement expliqué l'intérêt du dispositif ASALEE		
D'une autre manière		

3-2. De quelle(s) autre(s) manière(s) les médecins vous adressent-ils les patients ? (si concerné)

3-3. Quels patients les médecins vous adressent-ils ? (Plusieurs réponses possibles)

- Des patients que vous avez repérés dans les dossiers médicaux (revue systématique des dossiers)
- Des patients qui en font eux-même la demande
- Systématiquement tous les patients concernés par les protocoles en place
- Parmi les patients concernés par les protocoles, seulement ceux qui auraient besoin de vous d'après les médecins

- Autre

## Partie 4 - ASALEE et vous

4-1. Êtes-vous satisfait(e) du dispositif ASALEE ?

Pas satisfait    1        2        3        4        Très satisfait

4-2. Pourquoi ?

4-3. Pensez-vous que vos patients sont satisfaits de votre prise en charge au sein du dispositif ASALEE ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4-4. Vous arrive-t-il d'organiser des réunions avec les médecins du cabinet ou de la MSP, afin de discuter de nouveaux protocoles ou de faire un point sur le dispositif d'une façon générale ?

- Oui
- Non
- Non concerné (cabinet avec un seul médecin)

4-5. Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication entre les IDE ASALEE et les médecins généralistes ? Précisez

4-6. Quels freins identifiez-vous pour une meilleure communication avec les médecins généralistes ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Manque de temps du médecin
- Pas de lieu de réunion disponible
- Entrée récente du médecin dans le dispositif et difficultés à adapter sa pratique
- Mauvaise entente avec un médecin
- Présence de l'IDE uniquement lors d'un jour de repos du médecin
- Arrivée récente de l'IDE ASALEE et place pas encore bien établie au sein du cabinet
- Autre

4-7. Voulez-vous recevoir les résultats de l'enquête ?

- Oui
- Non

## **Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes**

### **Communication entre médecins généralistes et infirmiers dans le cadre du dispositif ASALEE**

*Bonjour,*

*Je réalise ce questionnaire dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale.*

*Il a pour but de faire le point sur la communication entre le médecin généraliste et l'infirmier ou l'infirmière (IDE) ASALEE.*

*Un questionnaire équivalent est transmis aux IDE ASALEE du secteur ouest de la Saône-et-Loire. Les données personnelles restent anonymes et vos propos pourront être cités dans mon travail de thèse.*

*Il vous faudra environ dix minutes pour remplir ce questionnaire.*

*Je vous remercie de votre collaboration.*

#### **Partie 1 - Quelques informations personnelles**

1-1. Êtes-vous :           - un homme ?  
                                  - une femme ?

1-2. Quel âge avez-vous ?

1-3. Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?

1-4. Quel est votre mode d'exercice ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- libéral
- salarié
- exercice mixte libéral et salarié
- en MSP ou autre exercice coordonné
- en cabinet de groupe
- en cabinet isolé
- autre

1-5. Depuis combien de temps participez-vous au dispositif ASALEE ? (*en années*)

1-6. Quelle est votre adresse mail ? (*Celle-ci ne sera pas diffusée mais me permettra de valider votre réponse au questionnaire et de ne pas vous recontacter inutilement*)

## Partie 2 - La concertation avec l'IDE ASALEE

2-1. Comment organisez-vous la concertation avec l'IDE ASALEE concernant la prise en charge de vos patients ? Vous arrive-t-il de :

	Non	Rarement (une fois par mois ou moins)	Parfois (plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine)	Souvent (une fois par semaine)	Très souvent (plus d'une fois par semaine)
Ne pas réaliser de concertation ?					
Réaliser des réunions dédiées à la concertation ?					
Vous concerter à l'occasion d'une réunion organisée pour autre chose ?					
Organiser des réunions rassemblant le patient, l'IDE et vous-même ?					
Réaliser la concertation rapidement, « entre deux portes » ?					

2-2. Quels autres outils utilisez-vous pour vous concerter avec l'IDE ASALEE ? Vous arrive-t-il de :

	Non	Rarement (une fois par mois ou moins)	Parfois (plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine)	Souvent (une fois par semaine)	Très souvent (plus d'une fois par semaine)
Laisser des messages dans le dossier patient ?					
Utiliser une messagerie informatisée (incluse dans le logiciel-métier ou sur le réseau du cabinet) ?					
Correspondre par mail ?					
Laisser des mots sur papier dans le casier de l'IDE ou en recevoir dans le vôtre ?					
Correspondre par téléphone ?					

2-3. Utilisez-vous d'autres formes de concertation avec l'IDE ASALEE ? Lesquelles ?

2-4. Parmi tous les procédés déjà cités, lequel utilisez-vous le plus souvent pour réaliser la concertation avec l'IDE ? *(Une seule réponse)*

- Réunion dédiée
- A l'occasion d'une autre réunion
- Réunion en présence du patient
- Concertation rapide, "entre deux portes"
- Messages dans le dossier patient
- Messagerie informatique du cabinet ou du logiciel
- Mail
- Mots sur papier
- Appel téléphonique
- Autre

2-5. Tous les mois, combien de temps passez-vous à vous concerter avec l'IDE ASALEE ? *(en heures)*

2-6. Si cela vous était possible, aimeriez-vous organiser autrement la concertation avec l'IDE

ASALEE concernant la prise en charge de vos patients ?

- Oui
- Non

2-7. Si oui, de quelle façon ?

### Partie 3 - Entrée du patient dans le dispositif ASALEE

3-1. Comment adressez-vous vos patients à l'IDE ASALEE ?

	Oui	Non
En donnant la carte de l'IDE au patient		
En présentant oralement l'IDE au patient		
En présentant l'IDE directement au patient en face à face		
En fournissant les coordonnées du patient (avec son accord et en lui expliquant l'intérêt du dispositif) à l'IDE, qui se charge de le contacter		
En fournissant les coordonnées du patient (sans lui avoir préalablement expliqué l'intérêt du dispositif ASALEE) à l'IDE, qui se charge de le contacter		
D'une autre manière		

3-2. De quelle(s) autre(s) manière(s) adressez-vous vos patients à l'infirmier ou l'infirmière ASALEE ? (*si concerné*)

3-3. Parmi les propositions énoncées, laquelle utilisez-vous le plus souvent pour adresser vos patients à l'IDE ASALEE ? (*Une seule réponse*)

- Carte de l'IDE donnée au patient
- IDE présentée oralement au patient
- IDE présentée directement au patient en face à face
- Coordonnées du patient données à l'IDE avec explications
- Coordonnées du patients données à l'IDE sans explications
- Autre

3-4. Quels patients adressez-vous à l'IDE ASALEE ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Des patients repérés dans les dossiers médicaux par l'IDE ASALEE (revue systématique des dossiers)
- Des patients qui en font eux-même la demande
- Systématiquement tous les patients concernés par les protocoles en place
- Parmi les patients concernés par les protocoles, seulement ceux qui auraient besoin de l'IDE ASALEE
- Autre

## Partie 4 - ASALEE et vous

4-1. Êtes-vous satisfait(e) du dispositif ASALEE ?

Pas satisfait    1        2        3        4        Très satisfait

4-2. Pourquoi ?

4-3. Pensez-vous que vos patients sont satisfaits de leur prise en charge par l'IDE ASALEE ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4-4. Vous arrive-t-il d'organiser des réunions avec l'IDE ASALEE et les autres médecins du cabinet ou de la MSP, afin de discuter de nouveaux protocoles ou de faire un point sur le dispositif d'une façon générale ?

- Oui
- Non
- Non concerné (exercice seul)

4-5. Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication entre les médecins généralistes et les IDE ASALEE ? Précisez

4-6 Quels freins identifiez-vous pour une meilleure communication avec votre IDE ASALEE ?  
(Plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Pas de lieu de réunion disponible
- Entrée récente dans le dispositif et difficultés à adapter la pratique médicale
- Mauvaise entente avec l'IDE
- Présence de l'IDE uniquement lors d'un jour de repos du médecin
- Niveau de rémunération du temps passé insuffisant
- Arrivée récente de l'IDE ASALEE et place pas encore bien établie au sein du cabinet
- Autre

4-7 Voulez-vous recevoir les résultats de l'enquête ?

- Oui
- Non

**TITRE DE LA THESE : Communication entre médecins et infirmiers dans le cadre de l'exercice coordonné pluriprofessionnel : Exemple du dispositif ASALEE.**

**AUTEUR : BENAZET-LACARRE Laure-Emmanuelle**

**RESUME :**

Introduction : Le dispositif ASALEE, exemple d'exercice coordonné pluri professionnel, permet la délégation d'actes et d'activités du médecin généraliste vers un infirmier. Les protocoles existants concernent des maladies chroniques telles que le diabète, la BPCO ou le risque cardio-vasculaire. Le but est d'améliorer la prise en charge des patients atteints de ces pathologies et les conditions de travail des généralistes. Nous nous sommes demandés comment s'organisait la communication entre le médecin généraliste et l'infirmier dans le cadre du dispositif ASALEE. Cette étude avait pour objectif principal de décrire la communication entre les médecins et les infirmiers ASALEE. Les objectifs secondaires étaient de recueillir une appréciation et des propositions d'amélioration du dispositif.

Méthode : Cette étude observationnelle descriptive transversale s'est appuyée sur un questionnaire, envoyé par mail aux médecins généralistes et infirmières ASALEE travaillant dans le secteur Ouest de la Saône-et-Loire, de mars à juin 2020.

Résultats : La communication était organisée de façons variées, le plus souvent de manière informelle, mais aussi lors de réunions, planifiées pour cela ou non. Le temps passé était différent en fonction des personnes. De nombreux outils étaient utilisés par les médecins et les infirmiers. Le frein principal était le manque de temps des médecins. Tous étaient satisfaits et voulaient améliorer la communication et leur utilisation du dispositif ASALEE.

Conclusion : Les pratiques pluriprofessionnelles et la communication entre les acteurs de soins primaires sont perfectibles. Le dispositif ASALEE a permis d'en étudier un exemple.

**MOTS-CLES : ASALEE, soins primaires, médecine générale, infirmiers, communication.**