

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

[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](http://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)

## Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes

Anissa Afrite (Irdes), Carine Franc (Cesp, Inserm UMR 1018, Irdes)  
et Julien Mousquès<sup>a</sup> (Irdes)

<sup>a</sup> Auteur référent : [mousques@irdes.fr](mailto:mousques@irdes.fr)

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a plusieurs objectifs : améliorer la qualité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et sauvegarder du temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. Démarré en 2004, il concerne aujourd'hui environ 700 infirmières et 3 000 médecins.

Cette typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières participant au dispositif Asalée s'inscrit dans le cadre du programme d'évaluation DAPHNEE de l'expérimentation de coopération de ces professionnels. Elle complète les premiers travaux qualitatifs parus (Fournier *et al.*, 2018) par une analyse quantitative exploratoire de 1 065 binômes de médecins généralistes et d'infirmières à partir d'une enquête menée mi-2015.

Trois classes de binômes se distinguent par l'intensité de l'activité des professionnels impliqués, leur ancienneté dans le dispositif et leur perception de ses apports, la nature et l'intensité des échanges au sein des binômes et le contexte ou mode d'exercice des infirmières. La classe 1 (38 % des effectifs) regroupe les binômes les plus anciens dans le dispositif, considérant positivement ses apports et dont l'activité est la plus intense, soit les binômes entrés dans une phase de maturité. La classe 2 (44 % des effectifs) est caractérisée par des binômes en phase de croissance, entrés plus récemment et présentant une activité intermédiaire. La classe 3 (18 % des effectifs) est surtout constituée de binômes en construction avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée, et ayant l'activité dans le dispositif la plus faible.

**L**e dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée), expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières, créé en 2004, a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. D'ampleur modeste au départ, il s'est considérablement développé pour concerner aujourd'hui plus de 700 infirmières et près de 3 000 médecins généralistes. Il s'agit d'un dispositif expé-

rimental bénéficiant de financements spécifiques de la part du ministère en charge de la santé et de l'assurance maladie. L'évolution de ce dispositif s'inscrit dans un contexte où de nouvelles mesures relatives à la mise en place d'assistants médicaux et au développement de pratiques avancées des infirmières sont prévues en 2019. Le dispositif Asalée vise, à partir de protocoles de coopération, à améliorer la qualité des prises en charge en

soins primaires des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète de type 2, broncho-pneumopathie chronique obstructive, risque cardiovasculaire, troubles cognitifs), à travers une offre d'éducation thérapeutique, voire de prévention primaire et secondaire. Il a aussi pour objectif de sauvegarder du temps médical par le biais d'une délégation dérogatoire d'actes des médecins vers les infirmières<sup>1</sup> (électrocardiogramme, spirométrie, prescription

d'examen biologiques, examens du pied diabétique et tests de mémoire).

L'évaluation de l'impact de ce dispositif s'inscrit dans un programme de recherche (DAPHNEE, Repères p. 3) qui s'appuie sur une méthode mixte associant des démarches de recherche qualitatives et quantitatives (Creswell & Clark, 2011). Il s'agit d'analyser l'organisation et le fonctionnement du dispositif Asalée ainsi que le rôle des acteurs et, par ailleurs, d'évaluer son effet sur différentes dimensions relatives à l'activité des médecins généralistes, à la qualité du suivi des patients diabétiques, ainsi qu'aux recours, parcours et dépenses des patients.

Les précédents travaux fondés sur des analyses sociologiques à partir d'approches qualitatives (Fournier *et al.*, 2018) mettaient en évidence le caractère innovant du dispositif tant en termes organisationnels que structurels compte tenu de la nature et de la finalité des services rendus, des pratiques et interactions à l'œuvre, du rôle singulier d'intermédiaire entre financeurs et professionnels de l'association Asalée. Ils soulignaient également l'hétérogénéité de la mise en œuvre du dispositif et la diversité des pratiques qui se construisent au sein des binômes de médecins généralistes et d'infirmières, et des interactions entre les professionnels et avec les patients. Cette hétérogénéité et cette diversité, qui proviennent tant du contexte pré-existant que de l'organisation mise en place, favorisent l'innovation et l'identification de ses leviers. Il s'agit ici de compléter cette première étude qualitative par une analyse quantitative exploratoire de 1 065 binômes de médecins généralistes et d'infirmières à partir des résultats d'une enquête menée mi-2015.

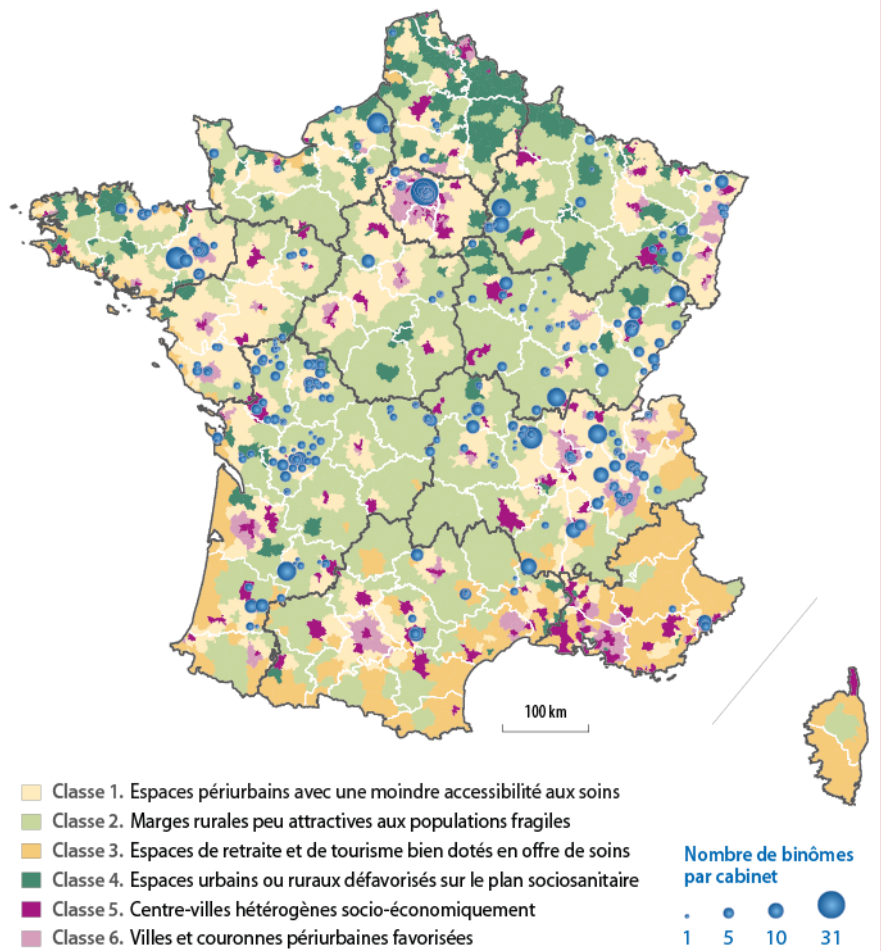
### Une démarche quantitative exploratoire

La démarche quantitative exploratoire s'appuie sur trois sources de données principales, présentées ci-dessous, qui permettent de documenter le contexte et la mise en œuvre du dispositif Asalée. Ces deux

dimensions ont été retenues car considérées par la littérature comme centrales dans l'évaluation d'interventions complexes dans le domaine des organisations des soins (Contandriopoulos *et al.*, 2000 ; Lopez-Acevedo *et al.*, 2012 ; Moore *et al.*, 2015).

Le contexte est analysé à travers la qualification de l'implantation géographique des cabinets de médecine générale (carte ci-contre) au sein desquels est expérimenté le dispositif Asalée. En effet, la mise en œuvre du dispositif et son impact peuvent

#### Implantation géographique des cabinets accueillant le dispositif Asalée selon le nombre de binômes médecins généralistes-infirmières et le type de territoire de vie



Source : Association Asalée, CépiDc-Inserm, CGET, Insee, Irdes, Snir-PS.

Cartographie : Irdes

La typologie mobilisée dans cette étude (Chevallard et Mousquès, 2018) met en évidence des espaces aux dynamiques et enjeux contrastés, tant à l'échelon régional que départemental. Six classes de territoires de vie émergent selon des dimensions relatives à l'offre, à la demande de soins et à l'attractivité du territoire. La description précise de ces six classes est disponible sur le site internet de l'Irdes<sup>a</sup>.

La localisation des cabinets expérimentant le dispositif Asalée laisse entrevoir une logique de diffusion départementale par groupe, qui correspond à la logique historique décrite par ailleurs (Fournier *et al.*, 2018) : une localisation initiale et locale dans les Deux-Sèvres, puis des extensions successives dans les départements limitrophes puis dans plusieurs régions.

Les deux tiers des cabinets expérimentant le dispositif Asalée sont implantés dans des territoires

défavorisés en offre de soins (classes 1 et 2), et un quart dans des villes-centres hétérogènes socio-économiquement (classe 5). Dans le détail, les cabinets Asalée sont très surreprésentés dans les territoires de vie de la classe 2, c'est-à-dire les marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles, peu dotées en offre de soins (39 % des cabinets alors que cette classe représente 13 % de la population française), mais aussi dans la classe 1, celle des espaces péri-urbains avec une moindre accessibilité aux soins (25 % des cabinets vs 21 % de la population française). A l'inverse, les cabinets Asalée sont peu présents dans les territoires de la classe 6, les villes et couronnes péri-urbaines favorisées (6 % des cabinets vs 18 % de la population), mais aussi dans les territoires de la classe 4 (3 % des cabinets vs 11 % de la population) qui regroupe les espaces urbains ou ruraux défavorisés sur les plans sociaux et sanitaires et disposant d'une offre de soins dans la moyenne.

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

<sup>a</sup> [www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf](http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf)

## REPÈRES

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

Elle se décompose en trois grandes catégories de travaux de recherche :

- Une analyse qualitative portant à la fois sur le processus de déploiement et de structuration du dispositif Asalée et sur les pratiques infirmières, médicales et des patients (Fournier *et al.*, 2018).
- Une analyse exploratoire par enquête déclarative auprès des médecins généralistes et des infirmières, qui a servi à la construction de la typologie publiée ici.
- Des évaluations d'impact du dispositif Asalée, à partir de protocoles quasi expérimentaux, sur différentes dimensions de résultats comme l'activité des médecins ou le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

être influencés par l'équilibre entre l'offre et la demande de soins sur les territoires d'implantation. Une demande de soins contrainte par une offre limitée pourrait favoriser une mise en œuvre du dispositif plus rapide et intense. À l'inverse, un contexte plus favorable pourrait se traduire par une mise en œuvre plus lente et modérée. La description de l'implantation géographique des cabinets de médecine générale s'appuie sur une typologie distinguant les territoires de vie en six classes (encadré p. 2).

La mise en œuvre du dispositif est analysée à partir des données relatives à 1 065 binômes de médecins généralistes (823) et d'infirmières Asalée (228), issues d'une enquête menée mi-2015, chaînées à des données d'activité collectées par l'association Asalée pour la gestion et le suivi du dispositif.

L'enquête auprès des binômes a été élaborée sur la base de résultats préliminaires des recherches qualitatives disponibles à la mi-2015, de focus groupes et de tests des questionnaires auprès de médecins généralistes et d'infirmières. Elle s'appuie sur différents questionnaires documentant des dimensions susceptibles d'influencer la mise en œuvre du dispositif : les caractéristiques des cabinets (taille, secrétariat, local d'exercice pour l'infirmière), celles des médecins généralistes et des infirmières (sociodémographiques, trajectoire professionnelle et formation à l'éducation thérapeutique du patient, mode d'exer-

cice, motivations à l'entrée dans Asalée), de leur coopération (modalité et intensité des échanges formels et informels, implication du médecin généraliste, modalité et intensité de la délégation d'activité) ainsi que les perceptions qu'ont les médecins et infirmières enquêtés de l'impact du dispositif sur leurs pratiques. Au terme de la période de recueil (mi-juin à mi-août 2015), les taux de participation à l'enquête étaient élevés : 626 médecins et 207 infirmières, soit 700 binômes ayant répondu à l'intégralité des questionnaires (75 % des médecins, 87 % des infirmières et 66 % des binômes), dont 65 % ayant plus de six mois d'ancienneté dans le dispositif.

L'intensité de l'activité Asalée est mesurée au niveau de chaque cabinet à travers l'activité des infirmières conduite dans le cadre du dispositif Asalée grâce au système d'information de l'Association Asalée. Trois informations principales sont utilisées ici : le nombre moyen de patients Asalée différents vus dans le mois en 2015, le nombre total de patients inclus dans au moins un protocole et par protocole en juin 2015, la répartition au deuxième trimestre du temps de travail des infirmières selon la nature des activités Asalée (comme les consultations

d'éducation thérapeutique et la réalisation des actes dérogoatoires délégués par le médecin à l'infirmière).

À partir de ce matériel, une Analyse factorielle multiple (AFM) a été réalisée, suivie d'une Classification ascendante hiérarchique (CAH), avec 69 variables actives et 92 variables illustratives (tableau\*) sur un sous-échantillon de 450 binômes constitués de 394 médecins et 131 infirmières, qui, tous, avaient entièrement répondu aux questionnaires, exerçaient en cabinet libéral et dont l'ancienneté dans Asalée était supérieure à un semestre (encadré Méthode).

La partition obtenue regroupe les binômes en trois classes : la classe 1 concentre 38 % des binômes (172), la classe 2 44 % (196) et la classe 3 18 % (82) [tableau\*].

Trois catégories de binômes se distinguent respectivement selon : l'intensité de leur activité dans le dispositif Asalée, la nature et l'intensité de la coordination et des

\* Annexe électronique : <http://www.irdes.fr/donnees/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.xls>

## MÉTHODE

La construction de la typologie s'est déroulée en trois étapes. Afin de disposer d'un jeu de données complet dans la construction de la typologie, les données manquantes sont remplacées par des valeurs plausibles prédites à partir d'une Analyse factorielle de données mixtes (AFDM). Les similarités entre individus et entre variables sont prises en compte dans la détermination de ces valeurs. Cette méthode repose sur l'hypothèse que ces données sont manquantes aléatoirement (*Missing at random*). Nous l'implémentons avec la fonction *imputeFAMD* du *package* *missMDA* du logiciel R (Josse & Husson, 2016). La comparaison avant et après imputation indique que, selon le cas, les valeurs imputées sont proches des modalités les plus fréquentes ou de la moyenne.

L'Analyse factorielle multiple (AFM) est mise en œuvre pour résumer l'information caractérisant les binômes. Les différences entre binômes sont identifiées grâce aux variables structurées en quatre groupes distincts (cabinet, médecins généralistes, infirmières et binômes). L'AFM équilibre l'influence des différents groupes de variables dans la construction des composantes principales globales et permet d'enrichir la description des binômes en étudiant tant les liens entre les variables qu'entre les groupes. L'AFM est réalisée en considérant à l'intérieur des groupes des variables mixtes pour s'affranchir d'une transformation des variables quantitatives en qualitatives, ce qui conduirait à une perte d'information (Chavent *et al.*, 2014). Cette extension de l'AFM « classique » est mise en œuvre avec la fonction *MFAmix* du *package* *PCAmixdata* de R.

Une Classification ascendante hiérarchique (CAH) est effectuée sur les composantes factorielles de l'AFM. Cette méthode repose sur des regroupements itératifs de binômes et/ou de classes de binômes les plus homogènes jusqu'à l'obtention d'une seule classe. Le critère d'agrégation de Ward utilisé minimise la perte d'inertie interclasses produite lors du regroupement entre deux classes lors de chaque étape d'agrégation. Une étape de consolidation par la technique des centres mobiles permet d'optimiser l'homogénéité des classes. La partition finale est choisie selon un compromis entre : la capacité à interpréter les classes, les effectifs des médecins généralistes dans les classes et différents critères statistiques en lien avec la qualité de la représentation, dont l'inertie totale expliquée par les composantes factorielles, la capacité de la CAH à restituer l'information initiale, l'équilibre des effectifs des binômes dans les classes de la partition et la variation des effectifs des classes avant/après consolidation.

Au final, une partition en trois classes a été choisie en considérant 18 composantes factorielles (54 % de l'inertie totale de l'échantillon de binômes).



échanges, la perception des apports du dispositif, l'ancienneté des professionnels, le contexte de mise en œuvre et les caractéristiques du lieu d'exercice.

Bien que la contribution des dimensions varie pour chaque classe, celles-ci sont décrites ci-dessous et dans les graphiques 1 et 2 selon un même ordonnancement par thématique.

## Une typologie en trois classes

### Classe 1 (38 % des effectifs) : à maturité

*Des binômes de médecins et d'infirmières ayant la plus grande ancienneté et l'activité dans Asalée la plus intense, avec des infirmières à plein temps, axées sur l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) et les actes dérogatoires, exerçant dans un seul cabinet, le plus souvent de groupe pluriprofessionnel et implanté dans des espaces défavorisés, qui perçoivent positivement l'impact du dispositif.*

Cette classe de binômes se distingue par une surreprésentation de médecins et d'infirmières exerçant majoritairement dans des cabinets de groupe pluriprofessionnels (66 % vs 58 % parmi l'ensemble des binômes), mono-sites (98 % vs 94 %), de grande ou moyenne taille (64 % vs 56 % dans des cabinets de 4 médecins et plus) et implantés dans des espaces périurbains (33 % vs 25 %) et dans les marges rurales (37 %).

Les médecins généralistes exercent majoritairement en binôme avec une seule infirmière Asalée (80 % vs 70 %) qui travaille le plus souvent dans un seul cabinet (52 % vs 43 %) tout en coopérant avec de nombreux médecins (38 % vs 29 % avec sept médecins ou plus). Les infirmières disposent le plus souvent d'un bureau ou local d'exercice dédié (53 % vs 32 %) et le secrétariat, présent physiquement dans le cabinet, s'implique également dans le dispositif (90 % vs 71 %), par exemple dans la prise de rendez-vous pour le patient avec l'infirmière.

Les médecins généralistes sont plus fréquemment entrés dans le dispositif Asalée avant 2010 (19 % vs 14 %) ou en 2011-2012 (22 % vs 12 %). Ils ont aussi majoritairement une charge d'activité importante : si une majorité des médecins généralistes exercent moins de cinq jours par semaine

(55 %), leurs journées de travail sont longues (9 heures ou plus pour 59 % d'entre eux) et leurs durées de consultation sont inférieures à 15 min (38 %), le plus souvent sur rendez-vous exclusivement (85 %). Ils participent fréquemment à la permanence des soins (81 %) sous la forme de gardes de secteurs (78 %). Les médecins généralistes cumulent d'autres activités que la délivrance des soins (67 % vs 59 %) : maître de stage (55 % vs 45 %), participation à des groupes de pairs (40 % vs 34 %), voire à la formation médicale continue (48 % vs 43 %). En majorité, ils déclarent n'avoir pas suivi de formation à l'ETP en dehors de leur formation initiale (71 %) et n'avoir pas pratiqué l'ETP dans leurs activités antérieures à l'entrée dans le dispositif Asalée (64 %). Les médecins généralistes de cette classe déclarent prioritairement avoir été motivés à participer à ce dispositif d'abord par la volonté de se recentrer sur les dimensions cliniques de la prise en charge (37 % vs 26 %) et d'en améliorer la qualité (94 %), ensuite par l'espoir d'un gain de temps (22 % vs 17 %).

Les infirmières de cette classe ont plus fréquemment exercé une activité salariée avant d'entrer dans le dispositif Asalée (26 % vs 18 %), ont la plus grande ancienneté dans le dispositif : 9 % vs 5 % avant 2010, 26 % vs 16 % en 2011-2012 ou 31 % vs 26 % en 2013. Elles sont aussi majoritairement salariées de l'association Asalée (89 %), le plus souvent à temps plein (48 % vs 37 %), et ont fréquemment eu une expérience d'ETP au préalable (46 %). Elles sont en proportion plus nombreuses à ne pas déclarer d'autres activités (76 % vs 62 %). Les motivations à rejoindre le dispositif Asalée sont principalement liées au souhait de développer une forme d'activité privilégiant la relation avec le patient (93 %).

Les médecins généralistes et infirmières de ces binômes ont des points de vue globalement concordants sur la grande fréquence de leurs échanges formels et informels avant et/ou après la rencontre avec le patient (74-63 % vs 65-58 %), au quotidien (44 %) ou plusieurs fois par semaine (49 %), facilitée par un temps de présence simultanée au cabinet important. L'intensité de la coopération entre médecins et infirmières, avec un adressage fréquent des patients à l'infirmière pour l'ETP et une grande variété des actes délégués (hormis les examens biologiques), est perçue comme importante.

Médecins et infirmières s'accordent sur le fait que la prise de rendez-vous avec l'infirmière passe le plus souvent par l'intermédiaire du médecin, et qu'il est fréquent qu'il lise la note de synthèse rédigée par l'infirmière. Les infirmières considèrent l'investissement des médecins comme très important ou important (72 % vs 54 %).

Le temps de travail total des infirmières d'un même cabinet est majoritairement consacré aux consultations d'ETP, incluant les temps de préparation et de bilan, et à la réalisation des actes (54 % vs 45 %) et nettement moins à la formation (5 % vs 9 %) et/ou à la gestion des dossiers patients (17 % vs 23 %). Même si infirmières et médecins généralistes déclarent une activité dans le dispositif Asalée le plus souvent en développement, c'est dans cette classe que cette activité est la plus importante tant en termes de taille de patientèle que de nombre de patients inclus dans des protocoles : en moyenne, 41 patients sont vus par mois en consultation vs 28, et ils sont 34 vs 20 en suivi pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 163 vs 101 en suivi pour diabète de type 2 (DT2), 207 vs 119 pour risque cardiovasculaire absolu (RCVA) et 45 vs 28 pour troubles cognitifs (TC).

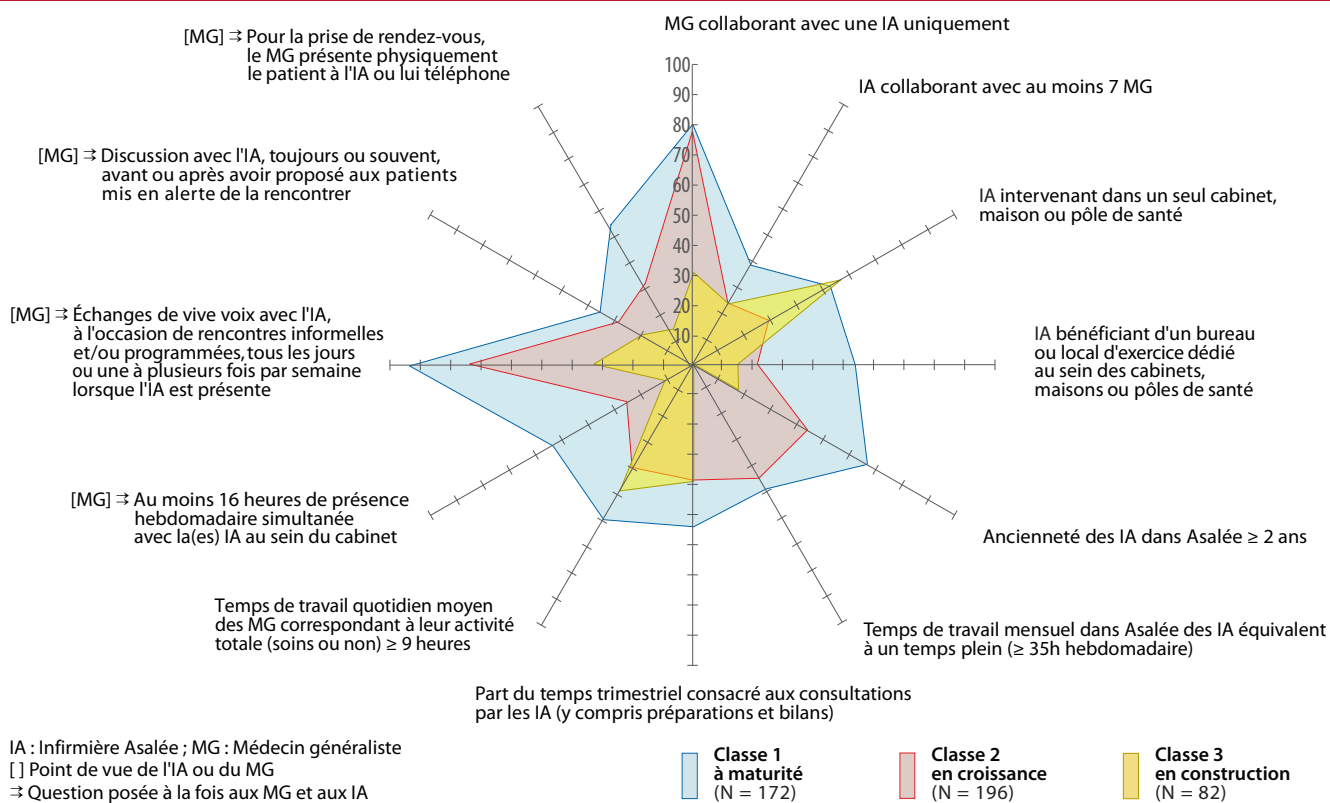
Les médecins généralistes des binômes de cette classe estiment très satisfaisants les apports du dispositif Asalée à leurs pratiques (73 % vs 53 %), jugeant notamment très importantes ou importantes les améliorations de leurs conditions de travail (78 % vs 50 %) et comme très importantes celles de la qualité de la prise en charge des patients (51 % vs 31 %). L'influence perçue du dispositif sur leur temps de travail est en revanche contrastée : certains estiment que leur temps de travail a augmenté (34 % vs 22 %) alors que d'autres considèrent qu'il a diminué (15 % vs 8 %). La majorité des infirmières, quant à elles, perçoivent positivement l'effet du dispositif qu'elles décrivent comme favorisant les échanges intéressants avec les patients (95 % vs 89 %), l'enrichissement de leur pratique (89 %), tout en restant facile à mettre en œuvre techniquement (60 % vs 47 %).

### Classe 2 (44 % des effectifs) : en croissance

*Des binômes de médecins et d'infirmières récents, à l'activité Asalée moins intense que dans la classe 1, exerçant dans des cabinets de*

G1

### Répartition des binômes de médecins généralistes et d'infirmières Asalée, par classe, selon la mise en œuvre, la nature et l'intensité des échanges entre les professionnels



**Lecture :** Dans la classe 1 de la typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières exerçant au sein du dispositif Asalée, 80 % des médecins collaborent avec une seule infirmière, 78 % dans la classe 2 et 30,5 % dans la classe 3.

**Source :** Enquête auprès des professionnels de santé actifs dans le dispositif Asalée au 31 juillet 2015, Irdes.

groupe mono ou pluridisciplinaires plus souvent situés dans des territoires favorisés. Les infirmières, plus souvent à temps partiel, sont moins orientées sur l'ETP et les actes dérogatoires. Elles travaillent plus souvent dans plusieurs cabinets avec plusieurs médecins. Si les infirmières perçoivent globalement positivement les effets du dispositif, cette perception est plus mitigée pour les médecins.

Cette classe de binômes se distingue par une surreprésentation de médecins et d'infirmières exerçant dans des cabinets solo (9 % vs 6 %) ou de groupe mono ou pluridisciplinaire (47 % vs 36 %), mono-sites (94 %), de petite à moyenne taille (2-3 ou 4-5 médecins), surreprésentés dans les couronnes favorisées (11 % vs 6 %). Les médecins généralistes sont le plus souvent en binômes avec une seule infirmière Asalée (78 % vs 70 %) qui exerce dans au moins trois cabinets (45 % vs 26 %) et 93 % d'entre elles coopèrent avec au moins 4 médecins (93 % vs 85 %). Les infirmières disposent majoritairement d'un local d'exercice (95 % vs 92 %), occupant soit le bureau d'un médecin en son absence (36 % vs 24 %), soit un bureau ou local d'exercice dédié (21 % vs

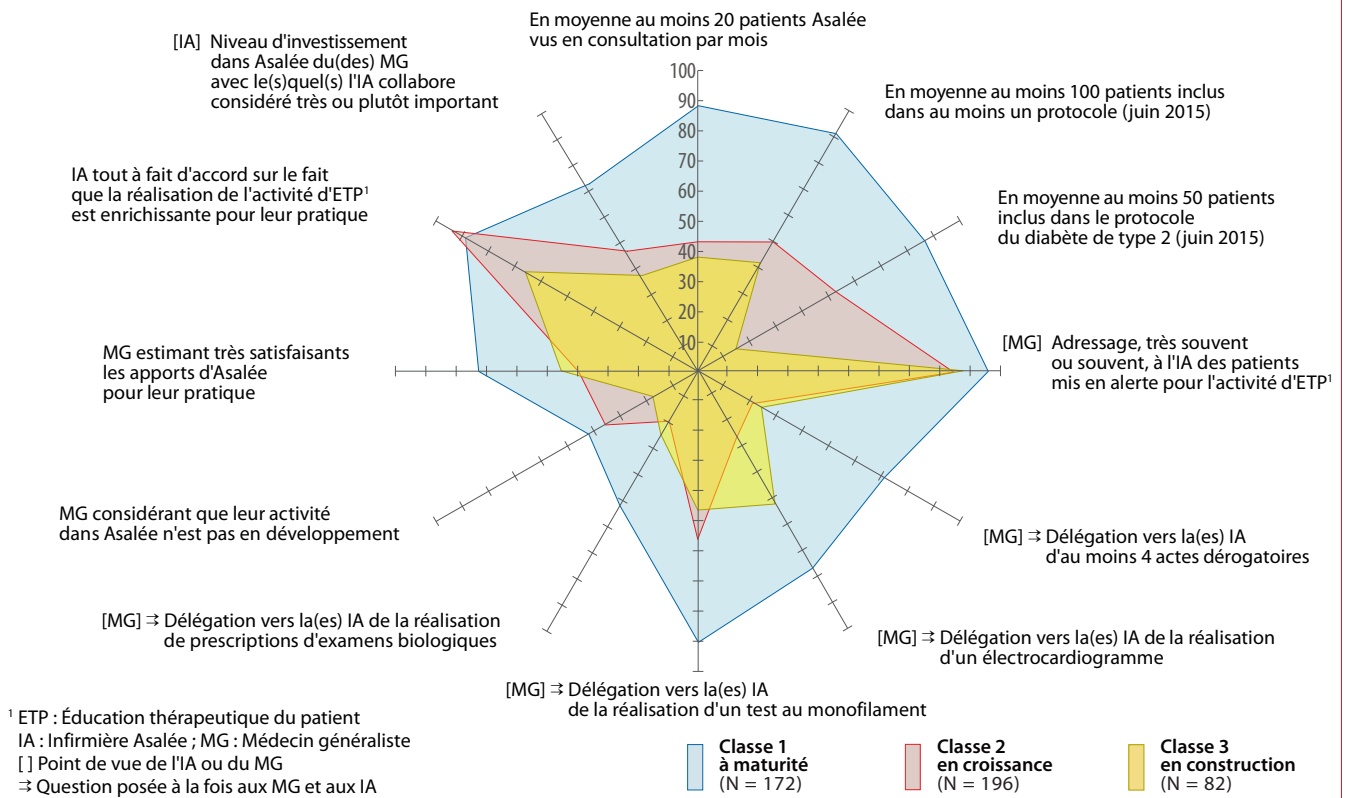
32 %) et le secrétariat, présent physiquement dans le cabinet, s'implique également dans le dispositif Asalée (65 % vs 71 %).

Les médecins de ces binômes sont très majoritairement entrés récemment dans le dispositif Asalée, en 2014 principalement (54 % vs 48 %) ou en 2013 (23 %), après avoir été le plus souvent sollicités par un confrère ayant déjà rejoint le dispositif (47 % vs 42 %). Ces médecins se démarquent par une charge d'activité moyenne : moins de cinq jours de travail par semaine (56 %), moins de 8 heures de travail par jour (39 % vs 31 %), réalisant pour moitié des consultations de durée moyenne au cabinet (15-20 min, 48 %), le plus souvent uniquement sur rendez-vous (80 %), effectuant en majorité des visites en institutions de 30 min ou plus (77 %). Ils participent à la permanence des soins, le plus souvent sous la forme de gardes de secteurs (72 %) et exercent d'autres activités en sus de celle auprès de leurs patients (55 %) : formation continue (39 %), groupes de pairs (34 %), maître de stage (39 % vs 45 %). Les médecins se déclarent particulièrement motivés

par l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (93 %) et moins par le gain de temps (84 %). Enfin, la majorité des médecins n'ont pas suivi de formation à l'ETP en dehors de leur formation initiale (75 %) ou n'ont pas pratiqué l'ETP dans leurs activités antérieures à l'entrée dans le dispositif (69 %).

Les infirmières de ces binômes sont très majoritairement entrées dans le dispositif Asalée en 2013 et 2014 (82 %), et pour une proportion importante à la suite d'une candidature à une offre d'emploi publiée par l'association Asalée (28 % vs 20 %) ou d'une sollicitation d'une collègue exerçant dans le dispositif (15 % vs 11 %). Les binômes sont très majoritairement composés d'infirmières salariées dans Asalée (90 %), le plus souvent à temps partiel (56 % vs 63 %), soit 27 heures hebdomadaires en moyenne. Pour les deux tiers des binômes, les infirmières n'ont pas d'autre activité en dehors d'Asalée (72 % vs 62 %). Les infirmières déclarent le plus souvent être prioritairement motivées par le développement d'une relation privilégiée avec le patient (86 %) et, secondairement,

### Répartition des binômes de médecins généralistes et d'infirmières Asalée, par classe, selon l'intensité de l'activité et la perception des apports du dispositif



**Lecture :** Dans la classe 1 de la typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières exerçant au sein du dispositif Asalée, 88 % ont vu en consultation en moyenne au moins 20 patients par mois. Ils sont 43 % dans la classe 2 et 38 % dans la classe 3.

**Source :** Enquête auprès des professionnels de santé actifs dans le dispositif Asalée au 31 juillet 2015, Irdes.

par une collaboration plus étroite avec les médecins (35 %) ou le développement de compétences faisant partie du rôle propre infirmier, mais non encore reconnues dans la nomenclature des actes infirmiers (35 %). En majorité, les infirmières n'ont pas suivi de formation agréée à l'ETP (83 % vs 76 %) ni exercé une activité d'ETP antérieurement à leur entrée dans le dispositif (59 %).

Médecins et infirmières s'accordent sur la fréquence élevée des échanges formels et informels et sur leur interaction notamment autour de l'activité d'éducation thérapeutique : patients adressés à l'infirmière par l'intermédiaire du médecin, échanges avant ou après la rencontre du patient avec l'infirmière, lecture des notes de synthèse. Pour autant, médecins et infirmières divergent sur l'intensité et la variété des actes qui sont délégués. Les infirmières considèrent la délégation de trois ou quatre actes fréquents, les médecins l'estiment plutôt à deux ou trois actes. La délégation pour l'électrocardiogramme et la prescription d'examen biologiques semble faible. Les infirmières évoquent leur satisfaction globale concer-

nant la qualité de leurs échanges avec la majorité des médecins avec lesquels elles collaborent (56 % vs 46 %). Toutefois, elles considèrent l'investissement de ces derniers assez ou peu important (54 % vs 46 %).

La part du temps consacré par les infirmières à la gestion des dossiers patients, à la formation et aux actions de développement Asalée est relativement importante (27 % vs 23 %, 11 % vs 9 % et 6 % vs 5 %) au détriment du temps dédié aux consultations d'ETP, à la réalisation des actes dérogatoires (39 % vs 45 %) et aux concertations avec les médecins (3 %). Les infirmières et médecins perçoivent l'activité dans Asalée comme en développement, et cette activité observée est effectivement plus faible que dans la classe 1 tant en nombre de patients vus mensuellement en consultation (20 vs 28) qu'en nombre de patients inclus dans le dispositif (167 vs 236).

La perception des apports du dispositif Asalée dans cette classe de binômes diverge sensiblement entre infirmières et médecins. La plupart des médecins qualifient les

apports globaux du dispositif pour leur pratique au plus satisfaisants (61 % vs 47 %), avec une surreprésentation de médecins qui considèrent les apports comme modérés à nuls en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (24 % vs 16 %), modérés en ce qui concerne l'amélioration de leurs conditions de travail (47 % vs 32 %), et/ou ne constatent pas de modifications de leur temps de travail et de la structure de leur activité. La perception des infirmières quant à la réalisation de l'activité d'ETP est majoritairement positive en termes d'intérêt des échanges avec les patients (93 % vs 89 %) ou pour leur pratique (94 % vs 87 %) ; elle l'est moins fréquemment en ce qui concerne la facilité de sa mise en œuvre technique (46 %).

#### Classe 3 (18 % des effectifs) : construction

*Des binômes en construction, dont l'activité Asalée est la plus faible, avec des infirmières à temps partiel, un temps de travail beaucoup moins orienté sur l'ETP et les actes dérogatoires. Les médecins et infirmières exercent dans des cabinets pluri-professionnels majori-*



*tairement implantés dans des espaces moins favorisés. Ils s'accordent sur une perception modeste des effets du dispositif Asalée, et sur un investissement faible des médecins.*

Cette classe de binômes se distingue par une surreprésentation de médecins et d'infirmières exerçant dans des cabinets de groupe pluri-professionnels (76 % *vs* 58 %) de petite (2 à 3 médecins) à moyenne taille (4-5 médecins), majoritairement implantés dans les marges rurales (54 % *vs* 39 %), voire dans des espaces périurbains (17 %) et dans les espaces de tourisme et retraite (13 % *vs* 4 %). Contrairement aux binômes des classes 1 ou 2, dans lesquels les médecins généralistes collaborent massivement avec une seule infirmière Asalée (80 %), les médecins généralistes sont majoritairement en binôme avec plusieurs infirmières Asalée dans la classe 4 (70 % *vs* 30 %). Ces infirmières exercent le plus souvent dans un cabinet (56 % *vs* 43 %) et collaborent fréquemment avec 1 à 3 médecins (44 % *vs* 15 %), voire 4 à 6 (33 % *vs* 56 %). Les infirmières ne disposent pas systématiquement d'un local d'exercice (22 % *vs* 8 %). Le secrétariat, présent physiquement dans le cabinet, est moins fréquemment impliqué dans le dispositif Asalée (48 % *vs* 71 %).

Les médecins de ces binômes sont entrés dans le dispositif Asalée récemment : en majorité en 2014 (65 % *vs* 48 %) et en 2013 (34 %). Ils ont aussi majoritairement une charge d'activité moyenne, voire plus faible que la moyenne, avec des journées de travail d'une durée moyenne (< 10 heures pour 73 % d'entre eux), des durées de consultation moyenne (15-20 min, 71 % *vs* 53 %), le plus souvent sur rendez-vous exclusivement (77 %), des visites en institution (93 %), effectuent en majorité des visites de plus de 30 min (52 %) et une participation aux gardes de permanence des soins fréquentes (73 %). Les médecins sont moins nombreux à avoir d'autres activités que la délivrance des soins (52 %) : formation médicale continue (40 %), maître de stage (40 %), participation à des groupes de pairs (22 % *vs* 34 %). Ils déclarent avoir suivi des formations à l'ETP en dehors de leur formation initiale (37 %) et avoir pratiqué l'ETP dans leurs activités antérieures à l'entrée dans le dispositif Asalée (41 %). Les médecins généralistes de cette classe déclarent avoir principalement été motivés à participer à ce dispositif par la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge

des patients (91 %) et le partage du suivi de certains patients avec l'infirmière (70 %) ; ils sont plus nombreux à déclarer ne pas avoir été motivés par le gain de temps (90 % *vs* 83 %).

Les infirmières, pour leur part, se distinguent par une proportion importante ayant précédemment exercé en libéral (74 % *vs* 54 %). Elles sont entrées dans le dispositif Asalée majoritairement en 2014 (83 % *vs* 52 %), avec des statuts mixtes, salariées (72 % *vs* 86 %) ou libérales (28 % *vs* 14 %), à temps partiel exclusivement (100 % *vs* 63 %). Elles déclarent d'autres activités (91 % *vs* 38 %), le plus souvent libérales (83 % *vs* 33 %). Leurs motivations à rejoindre Asalée sont principalement liées au développement d'une forme d'activité privilégiant la relation avec le patient (77 % *vs* 87 %), mais aussi secondairement au développement des compétences faisant partie du rôle propre infirmier, mais non encore reconnues dans la nomenclature des actes infirmiers (60 % *vs* 39 %).

Médecins et infirmières ont des perceptions parfois divergentes s'agissant de leurs échanges et de la coordination, par ailleurs moins fréquents que dans les deux autres classes. Si les médecins évoquent souvent des échanges formels et informels avec les infirmières autour des rencontres avec les patients, ils divergent des infirmières quant à la fréquence de lecture de la note de synthèse : systématique selon les médecins généralistes (68 %), moins fréquente selon les infirmières (70 %). De plus, la prise de rendez-vous n'est le plus fréquemment pas intermédiée par le médecin et les temps de présence simultanée sont moins importants.

A l'instar de la classe 2, la part du temps consacré par les infirmières aux consultations d'ETP, à la réalisation des actes dérogatoires et à la concertation avec les médecins est plus faible que dans la classe 1 (respectivement 39 % *vs* 45 % et 3 % *vs* 4 %) et compensée par une activité de gestion des dossiers patients (25 %) et de formation (11 % *vs* 9 %) plus importante.

L'activité Asalée est le plus souvent perçue comme en développement tant par les médecins (83 % *vs* 66 %) que les infirmières (61 %), ces dernières déclarant un investissement des médecins généralistes assez ou peu important (63 % *vs* 46 %).

Médecins et infirmières divergent sur l'intensité (et la variété) des actes qui leur sont délégués, perçue comme moins fréquente par les infirmières, et assez hétérogène par les médecins. Relativement aux autres classes, l'activité observée dans le dispositif Asalée est significativement la plus faible tant en nombre de patients vus mensuellement en consultation (17 *vs* 28) qu'en nombre de patients inclus dans le dispositif (105 *vs* 236).

Les médecins et infirmières s'accordent sur une perception modeste des impacts du dispositif Asalée. La plupart des médecins généralistes se perçoivent au plus satisfaits des apports globaux du dispositif pour leur pratique (55 %). Ils sont proportionnellement plus nombreux à considérer l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients comme modérée, voire nulle (23 %), l'amélioration de leurs conditions de travail comme marginale ou absente (43 % *vs* 17 %), et aucune évolution de la structure de leur activité et de leur temps de travail n'est constatée (61 %). Les infirmières sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas percevoir d'apports positifs de l'activité d'ETP dans le dispositif Asalée en termes d'intérêt des échanges avec les patients (35 % *vs* 11 %), d'apports pour leur pratique (34 % *vs* 13 %), et considèrent sa mise en œuvre peu facile (78 % *vs* 53 %).

\* \* \*

Le contexte et la mise en œuvre du dispositif Asalée sont très hétérogènes entre les trois classes de binômes médecins généraliste-infirmières Asalée identifiées dans cette typologie. Les facteurs contribuant à ces différences sont multiples. Néanmoins, l'intensité de l'activité dans le dispositif Asalée (éducation thérapeutique, réalisation d'actes dérogatoires) est déterminante et constitue le premier facteur distinctif. D'autres déterminants émergent, au premier rang desquels les modes d'exercice et le temps d'activité des infirmières, la nature et l'intensité de la coordination et des échanges entre médecins et infirmières, et leur ancienneté dans le dispositif. Enfin, les caractéristiques du cabinet médical (solo, groupe mono ou pluridisciplinaire, taille), celles des médecins et infirmières ainsi que leur perception des apports et effets du dispositif Asalée sont également déterminants.

Ainsi, alors que la classe 1 regroupe les binômes qui sont entrés dans une phase de maturité vis-à-vis du dispositif Asalée, avec la plus grande ancienneté dans le dispositif et l'activité la plus intense, la classe 2, en phase de croissance, se démarque par des binômes y étant entrés plus récemment et une activité intermédiaire. Dans la classe 3, qui concerne surtout des binômes en construction, avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée, l'activité dans le dispositif y est la plus faible. Les infirmières de la classe 1 sont plus nombreuses que dans les autres classes à travailler à temps plein, avec une forte activité d'ETP et d'actes dérogatoires alors que dans les classes 2 et 3, elles exercent majoritairement à temps partiel et sont respectivement moins, voire beaucoup moins orientées vers ces pratiques. Dans la classe 1, les infirmières exercent en outre dans un seul cabinet, le plus souvent pluriprofessionnel, de grande ou moyenne taille, dans des espaces périurbains et les marges rurales. Dans les classes 2 et 3, le ou les cabinets sont en revanche de petite à moyenne taille. Et si les médecins et infirmières de la classe 1 ont une perception positive du dispositif, ce n'est pas le cas pour ceux et celles de la classe 3. Dans la classe 2, cette perception est mitigée, positive pour les infirmières et nuancée pour les médecins généralistes. Les binômes de la classe 1 font part de la fréquence élevée de leurs échanges, de longs temps de présence simultanée alors que ceux des classes 2 et 3 les déclarent moins fréquents.

La comparaison des classes 2 et 3 s'avère instructive. En effet, ces deux classes concernent des binômes ayant peu d'ancienneté dans Asalée, mais se distinguent par une mise en œuvre plus rapide de la délégation des tâches, de l'éducation thérapeutique, et une inclusion plus grande des patients dans les protocoles pour la classe 2 (en croissance) relativement à la classe 3 (en construction). En conséquence, les perceptions des apports d'Asalée sont meilleures, tant pour les médecins généralistes que pour les infirmières dans la classe 2. Les principales différences entre les classes 2 et 3 sont organisationnelles et liées à l'implantation géographique. Les médecins généralistes travaillent avec une seule infirmière dans la classe 2 mais avec plusieurs dans la classe 3 dont les cabinets sont majoritairement localisés dans les zones rurales. Les infirmières de la classe 2 disposent d'un appui plus fort (bureau dédié

ou partagé avec un médecin, rôle du secrétariat) alors que celles de la classe 3 sont plus souvent sans local ou doivent le partager avec un autre professionnel de santé. Enfin, les infirmières de la classe 3 ne travaillent pour Asalée qu'à temps très partiel (14 heures par semaine contre 27 heures pour la classe 2), sous un statut plus fréquemment libéral (28 % contre 10 % dans la classe 2) et pratiquent le plus souvent (91 % contre 28 % dans la classe 2) une autre activité infirmière en dehors du protocole Asalée. Les caractéristiques mises en évidence dans cette classe 3, qui s'éloignent d'ailleurs du modèle historique d'Asalée (infirmière salariée à temps plein, chaque médecin travaillant avec une seule infirmière), ne semblent donc pas favoriser la coopération ni la délégation des tâches, qui restent à développer pour ces binômes en construction.

Cette analyse éclairante comporte des limites liées à la temporalité des données utilisées, soit l'observation d'un sous-échantillon de binômes médecin-infirmière participant au dispositif Asalée depuis au moins six mois à la mi-2015. Il s'agit donc d'une analyse statique d'un dispositif en évolution constante et étudié avec un recul modeste au regard de la phase de forte croissance en 2013-2015. Les résultats mettent néanmoins en évidence que la mise en œuvre du dispositif demande du temps et ne s'opère pas de façon homogène entre les binômes de médecins généralistes et d'infirmières, comme cela a été mis en évidence dans les études qualitatives précédentes (Fournier *et al.*, 2018). Pour un cinquième de l'échantillon, l'effectivité de la mise en œuvre est même questionnée. Si l'hétérogénéité de la mise en œuvre est aussi une condition nécessaire à l'émergence de l'innovation, des dimensions caractérisant les binômes sont corrélées à l'intensité de l'activité dans le dispositif Asalée. Elles permettent d'identifier des leviers d'action pour favoriser le développement d'une coopération plus importante : réfléchir à des critères de recrutement des médecins à l'entrée du dispositif et accom-

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Contandriopoulos A-P., Champagne F., Denis J.-L., Avargues M.-C. (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthode », *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, 48, 517-539.
- Chavent, M., Kuentz-Simonet, V., Labenne, A., & Saracco, J. (2014). Multivariate analysis of mixed data : The PCAmixdata R package. arXiv preprint arXiv :1411.4911.
- Chevillard G. et Mousquès J. (2018). Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. Cybergeog : European Journal of Geography, Espace, Société, Territoire. Article 873, en ligne le 21/11/2018.
- Creswell JW, Plano Clark V. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Sage.
- Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M. (2018). « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires », *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 232.
- Josse J. & Husson F. (2016). missMDA : a package for handling missing values in multivariate data analysis. *Journal of Statistical Software*, 70(1), 1-31.
- Lopez-Acevedo G., Krause P. & Mackay K. (editors) (2012). *Building better policies: The nuts and bolts of monitoring and evaluation systems*. The World Bank, Washington, D.C.
- Moore G.F., Audrey S., Barker et al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, Mar 19;350:h1258. doi: 10.1136/bmj.h1258.

pagner leur montée en compétences afin de garantir un engagement plus marqué dans l'activité au sein du dispositif, tenir compte des contextes d'exercice et d'activité des infirmières les plus favorables, faciliter l'intensification des échanges formels et informels entre infirmières et médecins. Au-delà d'Asalée, des enseignements peuvent être tirés sur les conditions de réussite de la mise en place des futures infirmières de pratique avancée et sur le rôle qui peut être joué par une organisation intermédiaire entre Etat, Assurance maladie et professionnels de santé à l'instar de l'Association Asalée.

L'évaluation de l'impact du dispositif Asalée se poursuit à travers l'étude d'autres dimensions relatives à l'activité des médecins, à la qualité du suivi des patients diabétiques, aux recours, parcours et dépenses des patients, qui viendront enrichir ces résultats. ♦

**IRDES**

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

**Directeur de la publication** : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek •  
**Relecteurs** : Guillaume Chevillard et Marc Perronnin • **Infographiste** : Franck-Séverin Clérembault •  
**Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal** : Février 2019 •  
**Diffusion** : Suzanne Chriqui • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).