

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N° 2020-45

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

par

Ariane CHANTREAU
Née le 9 mai 1989 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2020

**Le recueil et l'enregistrement des données sociales des patients sont-ils différents
avant et après inclusion dans le dispositif de coopération ASALEE ?**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du jury : Madame le Professeur Leila MORET
Monsieur le Docteur Teddy BOURDET
Madame J sabelle MORICEAU

Directrice de thèse : Madame le Docteur Maud JOURDAIN

REMERCIEMENTS

A **Monsieur le Professeur SENAND**, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Maud JOURDAIN**, merci de m'avoir encadrée tout au long de ce travail et de m'avoir guidée à chaque étape de sa réalisation.

A **Madame le Professeur Leila MORET**, vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur Teddy BOURDET**, merci d'avoir participé à l'initiation et à la réalisation de cette réflexion.

A **Madame MORICEAU Jésabelle**, de me faire l'honneur de participer à ce jury et de m'avoir accordé du temps pour l'élaboration de ce travail.

A **mes parents et mon frère**, de m'avoir accompagnée, soutenue et supportée durant ces nombreuses années, dans les bons et les mauvais moments. Merci pour votre patience et votre amour inconditionnel.

A **Margaux** (et Pipa), merci d'apporter la touche de bonne humeur Vendéenne, et surtout bienvenue dans la famille.

A **ma grand-mère Yvette**, tu nous a quitté il y a peu de temps. J'aurais aimé pouvoir te présenter cet aboutissement après tout le soutien que tu m'as apporté depuis le début.

A **mon grand-père Louis**, futur voisin, malgré les épreuves il nous reste encore tellement de moments à partager.

A **mon grand-père Michel**, à tous nos bons moments partagés lors de nos déjeuners dominicaux.

A toute ma famille, **Anne, Jean-Luc, Stanislas, Juliette, Léopold, Alix-Anne**, toujours un plaisir de se retrouver et de partager du temps ensemble.

A **Jean-Marc**, tu nous a quitté trop tôt et je sais que tu aurais aimé lire ce travail.

A **Elise**, ma meilleure amie depuis si longtemps. C'est sûrement un peu grâce à toi si je suis là aujourd'hui... Merci pour ton soutien et la bonne humeur de toute ta petite famille. Merci d'avoir pris le temps pour une relecture.

A la **MCA family**, parce qu'un jour nous pourrons reprendre nos voyages et fêter ça autour d'un bulgogi à Séoul, une coupe de champagne à Lorient, une bière à Edimbourg ou un houmous à Tel Aviv.

A **Marie-Laure, Morgane et Pierre**. Vous resterez mes meilleurs souvenirs de ce semestre où vous savez...comme quoi on tire toujours le meilleur dans les situations difficiles. A toutes nos longues soirées à refaire le monde et surtout au prochain concert d'Oldelaf !

A **Sybille, Jeanne, Caro, Alexia, Claire G, Elise**. Depuis tant d'années, tant de soirées, de vacances, de soirées de Noël et surtout de baby-showers (et aux prochaines). Malgré la distance géographique qui peut s'installer, toujours un plaisir de vous suivre pas à pas.

A **Clo, Oriane, Mailys, Diane, Marion**, plus connues sous le nom de Jonhny's girls ou Moinette's girls selon les saisons ! Sans vous ces longues années auraient été beaucoup moins drôles ! On ne se voit pas autant qu'on l'aimerait mais c'est toujours un tel bonheur de se retrouver.

A la **Red Team**, et à toutes nos soirées aux urgences ; merci de m'avoir aidé à passer cette épreuve. Et surtout à tous nos doodles inachevés !

A mes maitres de stage qui m'ont donné l'envie de la médecine générale. A **Armelle, Yvonne, Joelle**, malgré la distance travailler avec vous a été un réel bonheur.

A **Sylviane, Patrick, Joceline**. Merci pour votre gentillesse et de me permettre d'exercer à vos côtés.

Sommaire

ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
1. Les inégalités sociales de santé	7
1.1 Définition	7
1.2 Modèle OMS des déterminants sociaux	7
2. Système de soins et inégalités sociales de santé	9
2.1 Niveaux d'accès aux soins	9
2.2 Rôle central des soins primaires	9
2.2.1 Place du médecin généraliste	9
2.2.2 Recommandations du Collège de Médecine Générale de 2014	11
2.2.3 L'enregistrement des déterminants sociaux de santé	12
2.2.4 Favoriser un travail en équipe	13
3. Protocole ASALEE	14
3.1 Présentation	14
3.2 Historique et financement	14
3.3 Activités	15
3.4 Organisation au sein des cabinets	16
4. Implication des IDSP dans l'enregistrement des déterminants sociaux de santé	16
MATERIEL ET METHODES	18
1. Objectif de l'étude	18
2. Description de l'étude	18
2.1 Type d'étude	18
2.2 Recueil des données	19
2.2.1 Recrutement	19
2.2.2 Grille de recueil	19
2.2.3 Recueil des données	21
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des dossiers	22
3. Analyse des données	22
3.1 Analyse descriptive	22
3.2 Analyse statistique	23
RESULTATS	24
1. Description de la population étudiée	24
1.1 Description de l'effectif global	24
1.2 Caractéristiques des cabinets	25
1.3 Description des caractéristiques des sous-populations de chaque cabinet	26
1.3.1 Répartition des sexes	26
1.3.2 Répartition des protocoles de suivi	26
1.3.3 Description de l'âge, de l'antériorité du suivi par le médecin et du nombre de consultations ASALEE	27
2. Stockage des informations avant ASALEE	28
3. Enregistrement des déterminants dans la population globale	29
3.1 Nombre moyen de déterminants enregistrés par dossier avant et après ASALEE	29
3.2 Caractéristiques du primo-enregistrement des déterminants après ASALEE dans la population globale	30
3.3 Caractéristiques des actualisations des déterminants dans la population globale	30
4. Enregistrement des déterminants dans chaque cabinet	31
4.1 Nombre moyen de déterminants enregistrés par dossier avant et après ASALEE	31
4.2 Caractéristiques du primo-enregistrement dans chaque cabinet	31
4.3 Caractéristiques des actualisations	32

5. Analyse par déterminant dans la population globale	33
5.1 Comparaison de l'enregistrement de chaque déterminants avant et après ASALEE dans le population globale	33
5.2 Caractéristiques du primo-enregistrement de chaque déterminant dans la population globale	34
5.3 Caractéristiques des actualisations de chaque déterminant dans la population globale	34
6. Analyse par déterminant dans chaque cabinet.....	36
6.1 Comparaison de l'enregistrement de chaque déterminants avant et après ASALEE dans chaque cabinet.....	36
6.2 Caractéristiques du primo-enregistrement dans chaque cabinet	37
6.3 Caractéristiques de l'actualisation de chaque déterminant dans chaque cabinet	38
DISCUSSION	39
1. Principaux résultats	39
1.1 Enregistrement avant ASALEE.....	39
1.2 Enregistrement des déterminants après ASALEE	41
1.2.1 Des données enregistrées par les IDSP	41
1.2.2 Des difficultés d'enregistrement	42
1.2.3 Actualisation des données	43
1.2.4 Un enregistrement précoce par les IDSP.....	43
1.2.5 Différences entre les cabinets	44
2. Limites de l'étude.....	45
3. Points forts de l'étude.....	46
4. Comment approfondir la réflexion ?	46
CONCLUSION	47
ANNEXES	48
BIBLIOGRAPHIE	49

ABREVIATIONS

AME : Aide médicale d'Etat
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé en Equipe Libérale
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CMU : Couverture Maladie Universelle
CSP : catégorie socio-professionnelle
DSS : Déterminants Sociaux de Santé
EBM : Evidence Based Medecine
ECG : Electrocardiogramme
EFR : Explorations Fonctionnelles Respiratoires
ETP : Education Thérapeutique
FAQSV : Fons d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IDSP : Infirmière Déléguée de Santé Publique
IPA : Infirmiers en Pratique Avancée
IRDES : institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISS : Inégalités Sociales en Santé
MMSE : Mini Mental State Evaluation
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire
NSN : Nombre de Sujets Nécessaires
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RCVA : Risque Cardio Vasculaire
URML : Union Régionale des Missions Locales

INTRODUCTION

1. Les inégalités sociales de santé

1.1 Définition

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). Selon cette même organisation, le système de soins Français serait l'un des plus performants, permettant un accès gratuit, libre et universel aux soins (2). Ainsi, il permet une constante amélioration de l'état de santé des Français. En effet, selon les indicateurs (mortalité, morbidité) l'état de santé général en France a connu une importante amélioration depuis les années 1970. Par exemple, l'espérance de vie à 35 ans, a augmenté de 7 ans chez l'homme et de 5,5 ans chez la femme. (3)

Cependant, cette constatation ne s'applique pas équitablement à toute la population. (4) Cette amélioration a bénéficié à toutes les catégories sociales, mais on note la persistance d'écarts entre ces catégories. A 35 ans, un homme cadre vit toujours 6,3 années de plus qu'un ouvrier du même âge. (5) On note donc un lien entre l'état de santé et la position sociale du patient. Ces inégalités s'expriment au travers d'un gradient social, c'est-à-dire que quels que soient les indicateurs socioéconomiques et sanitaires retenus, les catégories plus favorisées sont globalement en meilleure santé que les catégories moins favorisées. (6)

Ceci permet d'arriver à la définition des Inégalités Sociales de Santé (ISS) comme toute relation entre la santé d'un individu et son appartenance à une catégorie sociale. (7) Selon la définition de l'OMS, ces inégalités correspondent à des différences systématiques et évitables, c'est-à-dire qu'elles ne résultent pas du hasard ou de la biologie seule, mais de déterminants socialement construits. (8)

1.2 Modèle OMS des déterminants sociaux

Grâce à l'épidémiologie clinique, il a été possible d'identifier des facteurs de risque individuels pouvant être responsables de l'apparition de certaines maladies (comme les cancers). Avec le recul, il est établi que ces seuls facteurs individuels ne peuvent pas être responsables des différences sociales en santé. Comme l'avait initialement évoqué le rapport Black en 1982, la

pauvreté seule, ne pouvait pas expliquer les différences de santé (9). Dans ce contexte, le concept de Déterminants Sociaux de Santé (DSS) est développé afin d'expliquer comment des inégalités sociales deviennent des inégalités de santé (10).

Le modèle le plus récent et le plus répandu pour parler des DSS est celui de l'OMS qui se base sur l'interaction de déterminants structurels et de déterminants intermédiaires. (6)

- Déterminants structurels : sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macroéconomiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

- Déterminants intermédiaires : renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de quartier, la consommation potentielle (les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

Il est donc indispensable de connaître et appréhender ces différents déterminants pour une prise en charge optimale du patient.

2. Système de soins et inégalités sociales de santé

2.1 Niveaux d'accès aux soins

Les inégalités sociales en santé se créent à différents niveaux d'accès au système de soins : (11)

- L'accès primaire : correspond à la rencontre de l'offre et de la demande de soins. Au niveau des patients cela peut résulter d'un manque d'information sur l'existence d'un besoin, d'une offre de soins (comme la connaissance du calendrier vaccinal, des dépistages) ou des services à disposition. Limiter cette barrière consisterait à jouer sur l'éducation, l'information et la prévention. Au niveau du professionnel de santé, la limite d'accès se joue par le refus d'appliquer les cotations en tiers payant pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) par exemple.

- L'accès secondaire : correspond à la démarche complète de soins après la première rencontre avec le professionnel. Ce qui comprend les examens complémentaires, les consultations de spécialistes. A ce niveau, la limitation apparaît principalement financière (avec le problème de « reste à charge ») ou cognitive avec les problèmes de compréhension.

2.2 Rôle central des soins primaires

La lutte contre les ISS a fait l'objet de nombreuses mesures politiques. L'implication directe au niveau du système de soins est également primordiale. Il a été montré que les systèmes développés autour des soins primaires sont plus efficaces pour l'amélioration de l'état de santé de la population. (12) Ainsi ce système doit être optimisé pour lutter contre l'installation des inégalités.

2.2.1 Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est l'acteur principal de l'accès primaire aux soins. Il est le premier recours dans le système de soins, notamment depuis la réforme du médecin traitant par la loi du 17 Aout 2004. En effet, cette loi place le médecin généraliste au centre du suivi médical du patient, en tant que coordinateur des soins et gestionnaire du dossier médical. Le patient s'adresse donc à lui pour être orienté vers les différents spécialistes, selon ses besoins. Le

médecin généraliste a donc un rôle de suivi, de prévention, d'éducation, de coordination et de surveillance. (13)

Le médecin peut ainsi être concerné à trois niveaux par les ISS (14):

- Dans l'organisation du système de santé : ceci concerne principalement les zones déficitaires, avec des difficultés d'accès aux examens complémentaires et aux consultations spécialisées. Cela entraîne une surcharge des plannings et donc une réduction inéluctable du temps avec les patients faisant que les questions de prévention et d'éducation sont plus facilement laissées de côté.

- Dans l'interaction médecin-patient : les problèmes de communication et de compréhension font que les patients défavorisés obtiendraient statistiquement moins d'informations, d'explications et d'implication dans les décisions prises pour leur santé. Contrairement aux patients plus aisés qui auraient plus de soutien émotionnel et d'informations sur leur état de santé.

- Dans l'approche bio médicale : actuellement la médecine est de plus en plus basée sur l'Evidence Based Medicine (EBM). Or, cela se rapporte à des essais randomisés et décontextualisés portant sur des échantillons de population. Mais, l'efficacité d'une thérapeutique et d'un protocole dépend bien de son application selon la compréhension et l'environnement global. Donc, nous devons adapter chaque situation à chaque patient, en fonction de ses caractéristiques.

Ce qui implique pour une prise en charge optimale et adaptée, de connaître le patient dans sa globalité. D'un point de vue médical, d'une part, mais aussi environnemental, social et familial. Ne pas le prendre en compte favorise l'installation et l'accroissement des gradients sociaux, suivant la définition de l'OMS, selon laquelle les plus défavorisés seraient en moins bonne santé.

Le médecin généraliste est donc une première barrière importante à l'installation des ISS.

2.2.2 Recommandations du Collège de Médecine Générale de 2014

Afin de proposer des outils pour lutter contre les ISS, le Collège de Médecine Générale a rédigé en 2014 des recommandations à l'intention des médecins. Elles concernent le recueil systématique des données sociales des patients adultes, pour augmenter la qualité des soins dispensés. (15)

Les déterminants retenus par cette commission, ont montré un lien avec l'état de santé et surtout sont applicables en pratique routinière. En effet, l'enregistrement doit être réalisable par tous les praticiens, en tenant compte du temps court d'une consultation et de la multiplicité des tâches à effectuer durant celle-ci.

A partir d'une liste initiale de trente-trois informations, ils en ont conservé seize, réparties en deux groupes.

Le premier groupe concerne sept informations qualifiées **INDISPENSABLES** regroupant : le sexe, la date de naissance, l'adresse, la profession, le statut par rapport à l'emploi, l'assurance maladie, la compréhension du langage écrit. L'enregistrement de ces informations est considéré réalisable à la première consultation et mis à jour régulièrement. La plupart d'entre elles peuvent être recueillies par lecture de la carte vitale.

Le second groupe concerne neuf informations qualifiées **UTILES** regroupant : être ou non en couple, vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle (CSP), le minima social, le logement, la situation financière perçue, les enfants à charge. Celles-ci nécessitent un investissement supplémentaire de la part du médecin. Leur enregistrement peut être fait en plusieurs fois.

L'enregistrement des déterminants de ces deux catégories peut être soumis à un autre professionnel.

L'implication de l'enregistrement de ces données se traduit à différents niveaux :

- En pratique courante : permet au médecin d'adapter sa pratique à chaque patient
- Description de patientèle : permet au médecin de connaître les caractéristiques sociales de sa patientèle et d'envisager des actes répondant aux besoins spécifiques de sa patientèle
- Populationnel : permet de partager et exploiter les données pour caractériser les besoins selon les territoires

Des outils sont déjà disponibles pour identifier des situations de précarité, comme le score EPICES par exemple (37). Cependant, ces recommandations de 2014, restent à notre connaissance le seul outil utilisable en routine quotidienne en soins primaires.

2.2.3 L'enregistrement des déterminants sociaux de santé

Pour permettre la saisie de ces données, le médecin doit pouvoir bénéficier d'un outil adapté. Ceci implique donc la tenue d'un dossier, qui est déjà rendue obligatoire par le Code de Santé Publique. (16) L'objectif du développement de ce dossier est de « planifier un suivi personnalisé prenant en compte les pathologies médicales, les problèmes de santé, les facteurs de risques, les facteurs psychologiques et environnementaux » et « favoriser la transmission à un autre professionnel de santé ». Cette idée est également soutenue par l'HAS en 2003 (17), qui annonce dans ses recommandations que le dossier médical est « le lieu de recueil et de conservation des données » et que « les données administratives doivent régulièrement être tenues à jour ». Ce dossier est donc un outil performant dans le domaine du recueil de données épidémiologiques ainsi que pour la santé publique. (18)

Ainsi, le Collège de Médecine Générale adresse également ses recommandations aux éditeurs de logiciels métiers, afin d'optimiser spécifiquement l'enregistrement des déterminants retenus. Ces règles doivent permettre aux médecins de répondre à quatre principes :

- Pouvoir renseigner facilement les critères utiles
- Pouvoir retrouver l'évolution dans le temps des informations : horodatage et consultation facile
- Permettre un recueil standardisé des informations : au niveau d'un même cabinet et voire même au niveau national afin de pouvoir établir des analyses populationnelles
- Pouvoir extraire les données pour analyse

Le dossier médical peut devenir une source et un outil permettant d'identifier des situations à risques. Comme l'a montré une étude américaine de 2017, qui s'est intéressée au développement d'un outil basé sur l'analyse systématique des dossiers permettant d'identifier les patients avec une complexité psychosociale, en recherchant certains termes de façon systématisée. Pour se faire le dossier doit être rempli, complet et surtout bénéficier d'un renseignement systématisé de chaque item. (19)

Pour un remplissage complet et homogène, l'informatisation est bien évidemment indispensable (24), soutenue par la nécessité consensuelle de travailler en réseaux.

2.2.4 Favoriser un travail en équipe

Au travers des recommandations établies par le Collège de Médecin Générale, il ressort que la lutte contre les ISS nécessite un élargissement du champ d'informations connues au-delà du champ biomédical. Effectivement, connaître les conditions de logement, d'environnement, d'accès à une alimentation équilibrée est indispensable pour adapter les conseils et règles hygiéno-diététiques par exemple. Cependant, comme l'ont montré deux thèses de 2014 et 2018 (20) (21), l'application de ces recommandations n'est pas optimale par les médecins. Les déterminants retenus par le Collège, pourraient donc être renseignés par d'autres professionnels que le médecin. Dans ce contexte, la coopération interprofessionnelle en médecine générale semble être un moyen complémentaire de lutte contre les ISS, en l'appliquant à l'enregistrement des DSS.

Ces coopérations en soins primaires sont déjà développées depuis plusieurs années. L'objectif initial était de répondre aux difficultés de démographie médicale dans certaines régions, comme l'a décrit l'IRDES en 2019.(22) L'HAS en 2008 (23) avait favorisé cette réorganisation des soins primaires en s'inspirant du transfert de tâches en place aux Etats-Unis et au Royaume Uni depuis 1960.(24) Ces dispositifs sont facilités par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) qui autorise la dérogation d'actes entre médecins et infirmiers. (25) Cet aspect semble important à développer, d'autant que selon une étude de la DREES en 2014, les médecins sont essentiellement favorables à la coopération pour l'éducation et le suivi de constantes (26)

Dans ce cadre se sont développées des qualifications voire des nouveaux métiers. La loi de 2016 (27) sur la modernisation du système de santé présente ainsi les infirmiers en soins primaires, appelés les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA). Ils travaillent principalement dans des Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP), permettant d'augmenter les services au sein des cabinets. (28)

Le développement de ces coopérations laisse penser qu'elles pourraient améliorer le recueil et l'enregistrement des DDS, et donc améliorer l'application des recommandations de 2014.

Le dispositif le plus abouti à ce jour est le dispositif ASALEE, auquel nous nous sommes intéressés dans cette étude.

3. Protocole ASALEE

3.1 Présentation

L'acronyme ASALEE signifie Action de Santé en Equipe Libérale. Cet organisme indépendant du système privé assurantiel, a été créé en 2004 dans les Deux Sèvres à l'initiative de l'URML du Poitou Charentes. L'objectif initial était d'améliorer la qualité de service au long cours, afin de répondre à l'augmentation et à la modification de la demande de soins. Le but du protocole est donc d'initier une coopération interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les Infirmières Déléguées en Santé Publique (IDSP) (29) en s'appuyant sur les travaux du Pr BERLAND de 2003 à propos de transfert des tâches. (30) Dans une étude médico-économique menée par l'IRDES en 2008, on insiste sur le principe d'ASALEE, et de la coopération en général, qui est de compléter les suivis de malades chroniques sans se substituer aux médecins. Il y a dans cette coopération une différence importante entre les activités de prévention et les activités curatives. (31) Ce principe répond à deux des quatre axes de l'article 36 de la loi HPST : l'Education Thérapeutique (ETP) et la prévention.

Les infirmières ont un statut libéral ou salarié de l'association ASALEE. Elles peuvent poursuivre d'autres activités en parallèle. Elles peuvent intervenir dans un ou plusieurs cabinets de médecine générale, en moyenne deux à trois cabinets. L'activité complète pour une infirmière correspond à un équivalent temps plein pour environ cinq médecins généralistes.

Les consultations durent en moyenne 45 minutes, sont gratuites pour le patient et se déroulent sur le lieu d'exercice du médecin. (32)

3.2 Historique et financement

Créée en Février 2004 dans les Deux Sèvres, l'association a connu plusieurs étapes pour arriver à son développement actuel.

Une première phase de développement s'opère entre 2004 et 2008 avec le financement de l'URML de Poitou Charentes. Cette phase incluait trois infirmières et douze médecins dans trois cabinets médicaux. En 2005, on voit la création de l'association ASALEE avec reprise du financement sous les Fonds d'Aide A la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Une deuxième phase se met en place à partir de 2008 avec l'extension régionale puis nationale du protocole. En 2012, ASALEE est inclus dans l'Expérimentation de Nouveaux modes de

Rémunération en tant que délégation de tâches. A partir de 2015 le financement est repris par le collège des financeurs. (33)

3.3 Activités

L'objectif initial du protocole ASALEE, est donc de compléter le suivi de patients avec des maladies chroniques, par délégation des consultations d'éducation et de dépistage aux infirmières. Les activités de consultation des infirmières sont protocolisées, mais elles gardent une certaine liberté d'initiative. Ainsi, elles peuvent mettre en place des activités ou d'autres protocoles, toujours en accord avec le médecin généraliste, selon les besoins identifiés chez les patients.

Il y avait initialement quatre protocoles validés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), avec des actes dérogatoires (34) :

- Diabète : prescriptions de biologie de surveillance
- Risques cardiovasculaire (RCVA) : Electrocardiogramme (ECG)
- Broncho Pneumopathie Obstructive Chronique (BPCO) : Spirométrie
- Troubles cognitifs : tests MMSE, consultation mémoire

Les tâches dédiées aux infirmières ASALEE sont vastes :

- Consultations de suivi, d'éducation et la réalisation d'actes dérogatoires
- Gestion de la patientèle du médecin à partir des dossiers médicaux (rappels, dépistages...)
- Expérimentations et développement de nouvelles manières de travail selon les besoins identifiés des patients (32)

3.4 Organisation au sein des cabinets

Il s'agit d'une vraie coopération entre les médecins et les infirmières, sans relation de subordination (35)

Le rôle du médecin généraliste est initialement d'informer les patients de la présence et du rôle de l'IDSP. Il doit par la suite identifier les patients éligibles aux différents protocoles puis lui adresser. A plus long terme, son rôle est également d'encadrer les activités de l'infirmière avec des réunions régulières.

L'activité des IDSP est encadrée par des protocoles standardisés pour assurer l'homogénéité des suivis. Elles bénéficient d'une formation à l'utilisation du portail ASALEE et à l'ETP par l'association ASALEE. L'infirmière peut, à partir de l'étude des dossiers cibler une population répondant aux protocoles. Pour cela, un remplissage rigoureux des dossiers est indispensable.

Chaque équipe établit son fonctionnement. La coopération passe bien sûr par la confiance, le médecin accepte de partager ses informations avec l'infirmière et inversement.

Le médecin et l'infirmière se concertent régulièrement sur des temps dédiés sur la prise en charge du patient. Ils échangent de manière formelle avec des réunions régulières ou lors d'échanges spontanés.

4. Implication des IDSP dans l'enregistrement des déterminants sociaux de santé

Les infirmières ASALEE n'ont pas dans leur mission de renseigner le dossier selon les recommandations de 2014. Cependant, nous pouvons supposer que la participation de l'IDSP peut contribuer à une augmentation du recueil et l'enregistrement d'informations devant :

- la moindre distance sociale entre infirmière et patient
- le temps imparti selon les besoins des patients qui va être déployé au travers du dispositif
- la mise en place de démarches d'ETP avec approfondissement du contexte de vie du patient

Ces caractéristiques sont évoquées dans une thèse de 2017, sur l'avis des patients vis-à-vis du protocole ASALEE. Il ressort que par rapport au médecin, l'infirmière permet une

proximité, une disponibilité et une accessibilité supérieures. Un des principaux arguments était la durée prolongée des consultations. (36)

Avec toutes ces informations, émerge l'hypothèse qu'un travail en équipe, avec partage du dossier médical, améliorerait l'enregistrement des informations sociales des patients.

Ainsi, l'objectif de ce travail est d'étudier si l'enregistrement des DDS dans le dossier médical est différent après inclusion dans un protocole de suivi ASALEE, selon les recommandations du Collège de Médecine Générale.

MATERIEL ET METHODES

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude était de décrire le recueil et l'enregistrement des déterminants sociaux de santé, comme définis par le Collège de Médecine Générale en 2014, dans le cadre de la collaboration des médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée avec des infirmières déléguées de santé publique ASALEE.

La question principale était « le recueil et l'enregistrement des données sociales des patients sont-ils différents avant et après inclusion dans le dispositif ASALEE ? ».

L'hypothèse initiale étant que l'enregistrement des DSS serait plus important dans le cadre d'une collaboration médecin-infirmière.

Le critère principal de l'étude était le nombre moyen de déterminants enregistrés dans le dossier médical du patient. La comparaison a porté sur les déterminants obligatoires et les critères utiles.

2. Description de l'étude

2.1 Type d'étude

L'étude réalisée est observationnelle, rétrospective, multicentrique avec un design avant/après. A partir d'une étude réalisée en 2017 (21) sur le recueil des DSS en médecine générale et quarante dossiers tests, un Nombre de Sujets Nécessaires (NSN) a été calculé à priori par une statisticienne.

Pour les critères obligatoires, le NSN était de 355 dossiers. Pour les critères utiles le NSN était de 23 dossiers.

L'étude a été menée jusqu'à la limite des données disponibles, c'est-à-dire la limite des cabinets volontaires pour l'étude.

2.2 Recueil des données

2.2.1 Recrutement

Les cabinets participants sont ceux recrutés sur le volontariat. Le seul critère recherché était une collaboration avec une infirmière ASALEE.

Il y a eu deux modes d'entrée dans l'étude :

- Via l'IDSP : le projet était présenté à l'oral, par le directeur de cette étude, à une dizaine d'infirmiers ASALEE, lors d'une réunion de secteur. Les infirmiers intéressés laissaient leurs coordonnées afin d'être recontactés. Ils présentaient le projet dans leur cabinet respectif. Une relance par mail a été faite à chaque personne ayant laissé ses coordonnées.

- Via le médecin : le projet était présenté par l'investigateur principal à des médecins travaillant en équipe ASALEE. S'ils acceptaient de participer à cette étude, ils transmettaient les coordonnées de l'infirmier.

2.2.2 Grille de recueil

L'investigateur a utilisé une grille de recueil au format papier lors de la consultation des dossiers.

Cette grille a été élaborée à partir des seize déterminants retenus par le Collège de Médecine Générale en 2014, répartis en sept critères obligatoires et neuf utiles.

Parmi les critères obligatoires le sexe et la date de naissance n'ont pas été inclus dans la grille. En effet, ces données sont toujours présentes car elles sont systématiquement renseignées à la création du dossier informatique. Elles ont néanmoins été relevées afin de décrire la population étudiée.

Déterminants obligatoires	Déterminants utiles
Adresse (n°voie, rue, ville)	Etre en couple
Assurance maladie (NIR, ALD, CMU, caisse complémentaire)	Vivre seul
Statut par rapport à l'emploi (en activité, retraité, invalidité)	Pays de naissance
Profession	Niveau d'études
Capacités de compréhension du langage écrit	Catégorie Socio Professionnelle (CSP)
	Minima social
	Logement (type de logement, locataire/propriétaire, hébergé, environnement)
	Situation financière perçue
	Enfants

Tableau 1 : Déterminants inclus dans la grille de recueil

Cette grille se trouvait sous forme d'un tableau à double entrée.

Pour chaque déterminant était noté :

- la présence ou l'absence de l'information
- par qui il était enregistré (médecin, infirmière ASALEE ou inconnu)
- quand il était enregistré (avant/après ASALEE, s'il était enregistré par IDSP le numéro de consultation ASALEE lors de laquelle l'information apparaît)
- qui a fait la dernière actualisation (médecin ou infirmière ASALEE)
- où il était renseigné (encart spécifique, corps de consultation, accessible à l'ouverture du dossier).

En parallèle, pour chaque dossier l'investigateur relevait des données générales :

- l'âge/date de naissance
- le sexe
- date d'inclusion dans le protocole ASALEE (correspondant à la première consultation faite par l'infirmière)
- le nombre total de consultations réalisées avec l'infirmière ASALEE
- l'ancienneté de suivi par le médecin généraliste (en années)
- le logiciel métier utilisé

La grille a été testée sur quarante dossiers avec à chaque fois un réajustement des déterminants et du mode de recueil. Ces quarante dossiers ont été gardés dans l'effectif global de l'étude.

La grille de recueil finale figure en annexe 1.

2.2.3 Recueil des données

Le relevé des déterminants dans chaque dossier a été effectué exclusivement par l'investigateur principal de l'étude. Il remplissait une grille par dossier.

Un premier rendez-vous était organisé avec les infirmiers afin de prendre connaissance de l'organisation au sein du cabinet, de leurs procédures de consultation et du logiciel métier.

Dans un second temps des plages horaires étaient réservées avec disponibilité d'un poste informatique ayant accès aux dossiers médicaux.

L'infirmière communiquait un listing des patients suivis, regroupant le numéro de dossier, le protocole suivi, la date d'inclusion. Les dossiers étaient donc anonymisés et ouverts par le numéro de dossier. Aucune information concernant le nom ou les coordonnées du dossier n'était relevée. L'étude ne rentrait pas dans le cadre de la loi Jardé, car elle porte sur les analyses de pratiques.

Un temps limité était imparti pour l'étude de chaque dossier.

Les conditions de recueil étaient déterminées pour coller au plus près de la pratique quotidienne en consultation de médecine générale.

Dans un premier temps, étaient relevés les déterminants accessibles dès l'ouverture du dossier, sans avoir à rentrer dans un onglet spécifique. Ces critères étaient notés « accessibles à l'ouverture du dossier » et dans un « encart spécifique » si c'était le cas. Ces données étaient impossibles à dater et à relier à l'auteur. La plupart sont des données administratives renseignées à la création du dossier et à la lecture de la carte vitale. Elles étaient donc considérées présentes « avant ASALEE » et remplies par le médecin. Ce biais d'information va donc dans le sens d'une surestimation de l'enregistrement des données par le médecin et donc une sous-estimation du renseignement par les infirmières.

Dans un second temps, le contenu des corps de consultation était analysé. Le point de départ était la première consultation remplie par l'infirmière. L'investigateur remontait les données accessibles dans les cinq premières minutes dans une limite de deux ans d'ancienneté. En effet, cinq minutes d'étude du dossier paraissait correspondre à la pratique courante, avec une

consultation durant entre quinze et vingt minutes. De plus, une information non actualisée depuis deux ans est susceptible d'être erronée ou obsolète au moment du recueil.

Nous avons décidé une période de recueil allant du 1^{er} janvier 2017 jusqu'à la date de l'étude du dossier.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des dossiers

Les critères d'inclusion:

- Être inclus durant la période de recueil
- Être majeur

Les critères d'exclusion :

- Être inclus uniquement dans le cadre d'une délégation d'acte technique (ECG, EFR, MMS) sans suivi
- Être mineur car les recommandations s'appliquent pour les adultes uniquement.

3. Analyse des données

Les données étaient saisies dans un fichier Excel à partir de la grille initiale.

3.1 Analyse descriptive

Une première analyse était faite pour décrire la population générale, puis la population de chaque cabinet : sexe, moyenne d'âge, nombre de consultations avec l'infirmière, les protocoles suivis, ancienneté du suivi par le médecin traitant, logiciel, organisation du travail de l'IDSP.

Dans un second temps, pour chaque dossier était décrit le nombre moyen de déterminants renseigné avant et après inclusion dans le protocole, dans la population globale puis dans chaque cabinet. La description a concerné le « primo-enregistrement », soit l'enregistrement d'un déterminant pour la 1^{ère} fois dans le dossier et sur les actualisations.

Puis l'analyse a porté sur chacun des quatorze déterminants dans la population globale puis dans chaque cabinet : nombre moyen avant/après ASALEE, qui les renseigne (médecin ou IDSP), s'il apparaissait dès la 1^{ère} consultation ASALEE, où sont stockées ces données.

3.2 Analyse statistique

Afin de procéder à l'analyse statistique des données, nous avons fait appel à Madame GAULTIER Aurélie, statisticienne de l'Université de Nantes qui nous a indiqué les tests statistiques à utiliser afin de définir la significativité des différences observées.

Pour la comparaison du nombre moyen de critères avant/après dans chaque dossier, un test de Student apparié a été utilisé

Pour la comparaison de la présence de chaque variable avant/après un test de Mc Nemar a été utilisé.

Les calculs ont été fait par l'investigateur principal via le site BioStatTGV.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Les résultats non significatifs étaient notés « NS » et ceux non calculables « NC ».

RESULTATS

1 Description de la population étudiée

1.1 Description de l'effectif global

Le recueil qui s'est déroulé de Décembre 2018 à Septembre 2019 a permis d'étudier 179 dossiers, répartis dans trois cabinets en Vendée et un en Loire atlantique.

La population globale est caractérisée par (cf tableau 2):

- 60% de femmes et 40% d'hommes
- une moyenne d'âge de 58,6 ans.
- une moyenne de 2,8 consultations avec l'infirmière ASALEE
- une moyenne de 15 ans de suivi par le médecin généraliste

	Min	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	Max	Ecart type
Antériorité du suivi par médecin (années)	1	7	15	15	21	39	9,6
Age des patients (années)	22	47,5	60	58,6	73	92	16,4
Nombre de consultations ASALEE	1	1	2	2,8	3	23	2,6

Tableau 2 : Répartition de l'antériorité du suivi médecin traitant, de l'âge, du nombre de consultations ASALEE.

Six protocoles sont retrouvés dans la population globale. Les principaux protocoles suivis sont le diabète et les Risques Cardiovasculaires (RCV) représentant 31% des suivis. (cf tableau 3)

Protocoles	Effectif	Pourcentage
Diabète	55	31%
RCV	55	31%
Tabac	15	12%
Troubles cognitifs	22	9,5%
Soutien psychologique	17	8%
Surpoids	15	8,4%

Tableau 3 : Répartition des protocoles de suivi ASALEE dans la population globale de l'étude.

1.2 Caractéristiques des cabinets

Les caractéristiques de chaque cabinet sont décrites dans le tableau 4.

Le nombre d'inclusions est variable, de 29 à 76 par cabinet.

Les quatre cabinets ont un même mode d'exercice en groupe.

Chacun travaille sur un logiciel différent.

Dans deux cabinets, l'infirmière partage son temps de travail entre deux cabinets médicaux, et ne bénéficie pas de son propre bureau.

Dans les deux autres cabinets, l'infirmière travaille exclusivement dans ce cabinet et dispose de son propre bureau.

Seule une infirmière remplit un formulaire spécifique et standardisé à la 1^{ère} consultation.

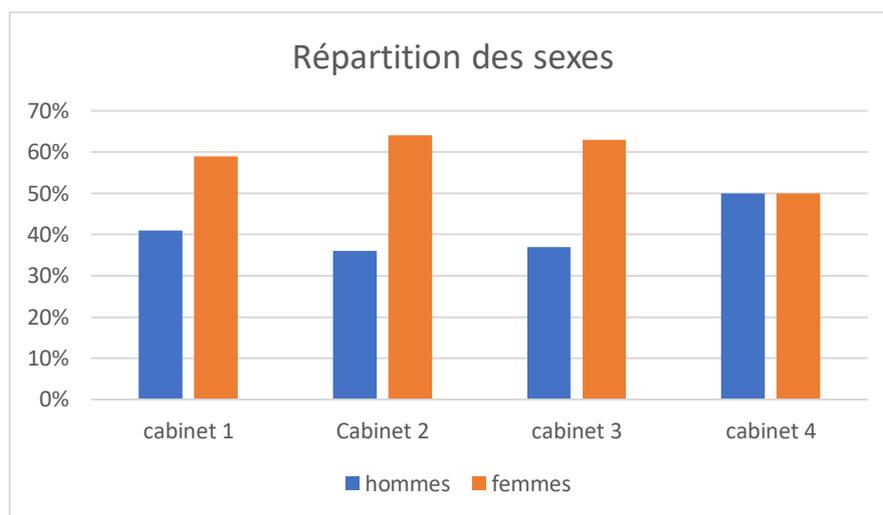
	Cabinet n°1	Cabinet n°2	Cabinet n°3	Cabinet n°4
Nombre de dossiers étudiés	29	76	30	44
Département d'exercice	85	44	85	85
Lieu d'exercice	Urbain	Semi rural	Rural	Rural
Mode d'exercice	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe
Logiciel métier	Chorus	Mediclick	Weda	Medistory
Début d'activité de l'IDSP	2017	2018	2019	2019
Mode d'activité de l'IDSP	Partagée sur 2 cabinets	Cabinet unique	Partagée sur 2 cabinets	Cabinet unique
Espace d'exercice de l'IDSP	Bureaux partagés avec les médecins	Bureau dédié ASALEE	Bureaux partagés avec les médecins	Bureau dédié ASALEE
Fiche d'information type initiale	Non	Non	Non	Oui
Supports d'enregistrement utilisés par l'IDSP	Portail ASALEE Logiciel métier partagé Fichier personnel	Portail ASALEE Logiciel métier partagé	Portail ASALEE Logiciel métier partagé	Portail ASALEE Logiciel métier partagé Fichier personnel

Tableau 4 : Caractéristiques de chaque cabinet inclus dans l'étude.

1.3 Description des caractéristiques des sous-populations de chaque cabinet

1.3.1 Répartition des sexes

Dans chaque cabinet on retrouve une majorité de femmes, excepté dans le 4^{ème} avec une équité homme/femme. (cf graphique 1)



Graphique 1 : répartition des sexes dans chaque cabinet de l'étude

1.3.2 Répartition des protocoles de suivi

Les six protocoles recensés ne sont pas appliqués dans chacun des quatre cabinets. (cf tableau 5)

Les protocoles de suivi diabète, RCV et tabac sont mis en place dans chacun des quatre cabinets.

Un cabinet a mis en place un protocole de soutien psychologique.

Les troubles cognitifs et le surpoids sont retrouvés dans trois cabinets sur quatre.

Cabinets	Diabète	RCV	Tabac	Troubles cognitifs	Soutien psychologique	Surpoids
N°1	21%	27,5%	24%	-	-	27,5%
N°2	20%	46%	9%	5%	20%	-
N°3	40%	17%	13%	10%	-	17%
N°4	50%	16%	9%	23%	-	2%

Tableau 5 : Répartition des protocoles par cabinet

1.3.3 Description de l'âge, de l'antériorité du suivi par le médecin et du nombre de consultations ASALEE

Le cabinet n°4 présente la population la plus âgée et l'antériorité de suivi par le médecin traitant la plus longue. Par contre il présente le plus faible nombre de consultation ASALEE par patient, avec une moyenne de 1,7 consultations par patient.

Le cabinet n°2 présente la plus faible antériorité de suivi, mais le plus grand nombre de consultations ASALEE par patient, en moyenne 3,8 et jusqu'à 23 au maximum. (cf tableau 6)

		Médiane (Q1 ;Q 3)
Cabinet 1	Antériorité du suivi par le médecin (années)	13 (3 ;21)
	Age des patients (années)	56 (44 ;68)
	Nombre de consultations ASALEE	2 (1 ;3)
Cabinet 2	Antériorité du suivi par le médecin (années)	3 (2 ;6)
	Age des patients (années)	56 (40 ;69)
	Nombre de consultations ASALEE	3 (2 ;4,2)
Cabinet 3	Antériorité du suivi par le médecin (années)	9 (5 ;19)
	Age des patients (années)	64,5 (57 ;73,2)
	Nombre de consultations ASALEE	2 (1 ;2,7)
Cabinet 4	Antériorité du suivi par le médecin (années)	20,5 (12,7 ;27,5)
	Age des patients (années)	65,5 (52 ;77)
	Nombre de consultations ASALEE	2 (1 ;2)

Tableau 6 : Répartition de l'âge, de l'antériorité de suivi et du nombre de consultation ASALEE, par patient, dans chaque cabinet de l'étude.

2. Stockage des déterminants avant ASALEE

Lorsque l'information est enregistrée avant ASALEE, elle peut être présente soit dans un encart spécifique soit dans le corps de consultation. (cf tableau 7)

Déterminants	Cabinet 1	Cabinet 2	Cabinet 3	Cabinet 4	
Obligatoires	Adresse				
	Encart spécifique	100%	100%	100%	100%
	Corps de consultation	-	-	-	-
	Statut emploi				
	Encart spécifique	52%	39%	33%	50%
	Corps de consultation	48%	61%	67%	50%
	Profession				
	Encart spécifique	100%	92%	90%	91%
	Corps de consultation	-	8%	10%	9%
	Compréhension				
	Encart spécifique	-	-	-	-
	Corps de consultation	-	-	-	-
	Assurance maladie				
	Encart spécifique	100%	100%	100%	100%
Corps de consultation	-	-	-	-	
Utiles	Couple				
	Encart spécifique	27%	44%	67%	-
	Corps de consultation	73%	56%	33%	100%
	Vivre seul				
	Encart spécifique	-	50%	-	-
	Corps de consultation	100%	50%	-	100%
	Pays				
	Encart spécifique	50%	-	-	-
	Corps de consultation	50%	-	-	-
	Niveau d'études				
	Encart spécifique	-	-	-	-
	Corps de consultation	-	-	-	-
	CSP				
	Encart spécifique	100%	67%	75%	100%
	Corps de consultation	-	33%	25%	-
	Minima social				
	Encart spécifique	-	-	-	-
	Corps de consultation	-	-	-	-
Logement					
Encart spécifique	-	17%	-	-	
Corps de consultation	100%	83%	100%	-	
Situation financière					
Encart spécifique	-	-	-	-	
Corps de consultation	100%	100%	100%	-	
Enfants					
Encart spécifique	71%	70%	-	-	
Corps de consultation	29%	30%	100%	-	

Tableau 7 : Zones d'enregistrement des déterminants avant ASALEE

En ce qui concerne les déterminants obligatoires, l'adresse et l'assurance maladie sont enregistrées dans un encart spécifique dans 100% des cas, dans les quatre cabinets.

Le statut de l'emploi est réparti entre encart et corps de consultation, dans les quatre cabinets. La profession est majoritairement, à plus de 90%, enregistrée dans un encart spécifique dans tous les cabinets. A l'exception de la compréhension qui n'est jamais enregistrée, il existe donc un encart spécifique dédié pour chaque déterminant obligatoire dans chaque logiciel mais aucun n'est rempli dans 100% des cas.

En ce qui concerne les déterminants utiles couple, vivre seul, logement, situation financière sont majoritairement enregistrés dans le corps de consultation. La CSP, minima social, enfants sont majoritairement enregistrés dans un encart spécifique. Il ne semble pas exister d'encart spécifique dédié pour chaque déterminant dans chaque logiciel.

3. Enregistrement des déterminants dans la population globale

3.1 Nombre moyen de déterminants enregistrés par dossier avant et après ASALEE

Pour les déterminants obligatoires comme utiles, le nombre moyen d'informations enregistrées par patient est très significativement plus élevé après inclusion dans le protocole ASALEE.

Avant intervention de l'infirmière, le nombre moyen de déterminants total enregistré est de 3,7 sur les 14 retenus, contre 6,2 après intervention, de manière très significative.

La différence est plus importante pour les déterminants utiles. En effet, on constate 1,9 informations supplémentaires par dossier, sur les 9 retenues, de façon très significative.

Pour les déterminants obligatoires on constate 0,6 information supplémentaire de façon significative, sur les 5 retenues. (cf tableau 8)

Déterminants	Nombre moyen de déterminants enregistrés par patient avant ASALEE	Nombre moyen de déterminants enregistrés par patient après ASALEE	p value
Obligatoires	2,8	3,4	$p < 10^{-15}$
Utiles	0,9	2,8	$P < 10^{-40}$
Total	3,7	6,2	$P < 10^{-40}$

Tableau 8 : Nombre moyen de déterminants par dossier avant et après ASALEE dans la population globale

3.2 Caractéristiques du primo-enregistrement des déterminants après ASALEE dans la population globale

Le primo-enregistrement dans les dossiers, après intervention ASALEE peut être le fait de l’infirmière ou du médecin.

Il est en majorité fait par les infirmières, à plus de 98% pour les déterminants obligatoires et plus de 95% pour les déterminants utiles.

Dans certains dossiers, ces nouvelles informations sont de nouveau abordées par le médecin après enregistrement initial par l’infirmière, dans 4% des cas pour les obligatoires et 5% pour les utiles. (cf tableau 9)

Déterminants	Enregistrement par IDSP (%)	Enregistrement par médecin (%)	Informations reprises par le médecin après recueil initial par IDSP (%)
Obligatoires	98%	2%	4%
Utiles	95%	5%	5%

Tableau 9: Caractéristiques du primo-enregistrement des déterminants dans la population globale

3.3 Caractéristiques des actualisations des déterminants dans la population globale

Parmi les déterminants enregistrés avant ASALEE, un certain nombre est actualisé après inclusion dans le protocole. (cf tableau 10)

Ainsi, 15% des critères obligatoires et 46% des critères utiles est mis à jour après l’inclusion.

Les actualisations sont principalement effectuées par les infirmières, à plus de 90% pour les déterminants obligatoires et plus de 94% pour les déterminants utiles.

Déterminants	Taux d’actualisation global (%)	Taux d’actualisation par IDSP (%)	Taux d’actualisation par médecin (%)
Obligatoires	15%	91%	9%
Utiles	46%	95%	5%

Tableau 10 : Caractéristiques des actualisations des déterminants après ASALEE dans la population globale

4. Enregistrement des déterminants dans chaque cabinet

4.1 Nombre moyen de déterminants enregistrés par dossier avant et après ASALEE

La différence significative avant et après concerne l'ensemble des cabinets pour les deux catégories de déterminants. L'amplitude de ces variations est cependant différente selon les cabinets et les déterminants.

Ainsi on constate de 0,1 à 1,4 déterminants obligatoires supplémentaires et de 1 à 3 déterminants utiles supplémentaires après inclusion. (cf tableau 11)

	Cabinet 1		Cabinet 2		Cabinet 3		Cabinet 4	
Déterminants obligatoires								
- Avant ASALEE	3,3		3,1		2,3		2,4	
		<i>p<0,05</i>		<i>p<0,05</i>		<i>p<0,05</i>		<i>p<10⁻¹⁵</i>
- Après ASALEE	3,4		3,4		2,8		3,8	
Déterminants utiles								
- Avant ASALEE	1,4		1,3		0,5		0,2	
		<i>p<0,05</i>		<i>p<10⁻¹⁵</i>		<i>p<0,05</i>		<i>p<10⁻²⁰</i>
- Après ASALEE	2,4		2,9		2,1		3,2	

Tableau 11 : Nombre moyen de déterminants par dossier, avant et après ASALEE, dans chaque cabinet.

4.2 Caractéristiques du primo-enregistrement dans chaque cabinet

Dès qu'un nouveau déterminant obligatoire est enregistré, c'est le fait de l'infirmière à 100% pour trois cabinets sur quatre. Dans le cabinet n°1, l'enregistrement est réparti à 50% entre médecin et infirmière.

Dans de très rares cas, le médecin reprend l'information enregistrée initialement par l'infirmière, dans la moitié des cabinets (2% dans le cabinet n°4 et 4% dans le n°2).

Concernant les déterminants utiles, l'enregistrement est le fait de l'infirmière à 100% dans deux cabinets. Il reste majoritaire dans les deux autres avec 71% dans le n°1 et 94% dans le n°2.

Les informations sont reprises par le médecin dans les quatre cabinets mais l'amplitude est variable : de 2% à 12%.

4.3 Caractéristiques des actualisations dans chaque cabinet

Dans chaque cabinet les deux catégories de déterminants sont actualisées, avec des taux variables. Les déterminants utiles sont plus actualisés que les obligatoires.

La majorité des actualisations est enregistrée par les IDSP dans trois cabinets (n°2, n°3 et n°4).

Le médecin fait autant d'actualisation des déterminants obligatoires que l'IDSP dans le cabinet n°1.

Dans les cabinets n°3 et n°4 les mises à jour des déterminants utiles ne sont jamais faites par le médecin. (cf tableau 12)

	Cabinet 1	Cabinet 2	Cabinet 3	Cabinet 4
Taux d'actualisations (%)				
- Déterminants obligatoires	8%	19%	9%	16%
- Déterminants utiles	29%	51%	38%	90%
Actualisations par l'infirmière (%)				
- Déterminants obligatoires	50%	95,5%	83%	100%
- Déterminants utiles	83%	96%	100%	100%
Actualisations par médecin (%)				
- Déterminants obligatoires	50%	5%	17%	-
- Déterminants utiles	17%	4%	-	-

Tableau 12 : Caractéristiques des actualisations des déterminants dans chaque cabinet

5. Analyse par déterminant dans la population globale

5.1 Comparaison de l'enregistrement de chaque déterminant avant et après ASALEE dans le population globale

Aucun déterminant n'est enregistré à 100% ni avant ni après inclusion dans le protocole ASALEE.

Concernant les déterminants obligatoires, seuls les enregistrements du statut de l'emploi et la profession sont significativement supérieurs après ASALEE. Pour les informations concernant l'adresse, l'assurance maladie et la compréhension du langage il n'y a aucun effet de l'intervention d'ASALEE. La compréhension du langage et la mutuelle ne sont renseignées dans aucun dossier ni avant ni après ASALEE.

L'enregistrement des déterminants utiles est significativement supérieur après ASALEE sauf pour trois critères : le pays de naissance, le niveau d'études et le minima social. (cf tableau 13)

Déterminants	Nombre avant % des dossiers	Nombre après % des dossiers	P value	
Obligatoires	Adresse	169 94%	169 94%	NC
	Statut emploi	76 42%	142 79%	p<10 ⁻¹⁰
	Profession	88 49%	128 71%	p<10 ⁻⁵
	Assurance maladie NIR	173 97%	173 97%	NC
	Mutuelle	-	-	NC
	Compréhension du langage	- -	- -	NC
Utiles	Couple	65 36%	149 83%	p<10 ⁻¹⁵
	Vivre seul	6 3%	97 54%	p<10 ⁻²⁰
	Pays de naissance	2 1%	3 2%	NS
	Niveau d'études	- -	1 1%	NS
	CSP	27 15%	57 32%	p<10 ⁻⁵
	Minima social	3 1,7%	4 2%	NS
	Logement	9 5%	48 27%	p<10 ⁻⁵
	Situation financière perçue	5 3%	21 12%	p<0,05
Enfants	48 27%	114 64%	p<10 ⁻¹⁰	

Tableau 13 : Enregistrement avant et après de chaque déterminant dans la population globale

5.2 Caractéristiques du primo-enregistrement de chaque déterminant dans la population globale

Seuls les déterminants pour lesquels une différence significative a été montrée, sont développés par la suite. Tous les nouveaux déterminants sont très majoritairement enregistrés par les IDSP et principalement dès la 1^{ère} consultation ASALEE . Parmi les déterminants obligatoires le primo-enregistrement par le médecin ne concerne que le statut de l'emploi. Parmi les déterminants utiles, la situation financière est la moins enregistrée et plus tardivement dans le suivi. (cf tableau 14)

Déterminants		Primo-enregistrement par IDSP % de dossiers	Apparition à la 1 ^{ère} consultation ASALEE (%)	Primo-enregistrement par médecin % de dossiers
Obligatoires	Statut emploi	64 97%	76%	2 3%
	Profession	40 100%	92%	- -
Utiles	Couple	80 95%	81%	4 5%
	Vivre seul	87 96%	82%	4 4%
	CSP	29 97%	93%	1 3%
	Logement	37 95%	59%	2 5%
	Situation financière perçue	13 81%	23%	3 19%
	Enfants	65 98%	88%	1 1,5%

Tableau 14 : Caractéristiques du primo-enregistrement de chaque déterminant dans la population globale

5.3 Caractéristiques des actualisations de chaque déterminant dans la population globale

Les actualisations sont, pour les deux types de déterminants, faites en grande majorité par les IDSP, dès la première consultation. L'actualisation du critère assurance maladie est faite exclusivement par l'IDSP mais apparaît plus tardivement, jamais à la première consultation ASALEE. (cf tableau 15)

Déterminants	Nombre d'actualisations % des dossiers	Actualisations par l'infirmière (%)	Actualisations à la 1 ^{ère} consultation ASALEE (%)	Actualisations par le médecin (%)
	Adresse	-	-	-
	Statut emploi	41 54%	35 85%	6 15%
Obligatoires	Profession	33 37%	32 97%	1 3%
	Assurance maladie	2 1%	2 100%	- -
	Compréhension du langage	-	-	-
	Couple	39 60%	37 95%	2 5%
	Vivre seul	2 33%	1 50%	1 50%
	Pays de naissance	2 100%	2 100%	- -
	Niveau d'études	-	-	-
Utiles	CSP	7 26%	7 100%	- -
	Minima social	-	-	-
	Logement	2 22%	1 50%	1 50%
	Situation financière perçue	1 20%	1 100%	- -
	Enfants	23 48%	23 100%	- -

Tableau 15 : Caractéristiques des actualisations de chaque déterminant dans la population globale

6. Analyse par déterminant dans chaque cabinet

6.1 Comparaison de l'enregistrement de chaque déterminant avant et après ASALEE dans chaque cabinet

Concernant les déterminants obligatoires, pour le statut de l'emploi, la différence est significative dans trois cabinets (n°2, n°3 et n°4). Elle ne l'est pas dans le cabinet n°1 qui présente le plus fort taux de remplissage avant ASALEE. Pour la profession, la différence est significative uniquement dans deux cabinets (n°2 et n°4).

Concernant les déterminants utiles, la situation de couple et vivre seul sont significativement plus remplis dans tous les cabinets. Le logement et les enfants le sont dans trois cabinets sur quatre.

Le cabinet n°2 est le seul à avoir montré une augmentation significative pour tous les déterminants obligatoires et utiles. Les plus grandes différences avant/après sont observées dans le cabinet n°4. (cf tableau 16)

Déterminants		Cabinet 1	Cabinet 2	Cabinet 3	Cabinet 4
Obligatoires	Statut emploi				
	Avant ASALEE	21 (72%)	39 (51%)	6 (20%)	10 (23%)
	Après ASALEE	25 (86%)	56 (74%)	10 (63%)	42 (95%)
		NS	p<0,05	p<0,05	p<10 ⁻⁵
Utiles	Profession				
	Avant ASALEE	17 (59%)	50 (66%)	10 (33%)	11 (15%)
	Après ASALEE	17 (59%)	58 (76%)	13 (43%)	40 (91%)
		NC	p<0,05	NS	p<10 ⁻⁵
Utiles	Couple				
	Avant ASALEE	11 (38%)	41 (54%)	9 (30%)	4 (9%)
	Après ASALEE	18 (62%)	66 (87%)	27 (90%)	38 (86%)
		p<0,05	p<10 ⁻⁵	p<10 ⁻⁵	p<10 ⁻⁵
	Vivre seul				
	Avant ASALEE	3 (10%)	2 (3%)	-	1 (2%)
	Après ASALEE	13 (45%)	32 (42%)	19 (63%)	33 (75%)
		p<0,05	p<10 ⁻⁵	p<10 ⁻⁵	p<10 ⁻⁵
	CSP				
	Avant ASALEE	6 (21%)	12 (16%)	4 (13%)	5 (11%)
	Après ASALEE	7 (24%)	19 (25%)	6 (20%)	25 (57%)
		NS	p<0,05	NS	p<0,05
Logement					
Avant ASALEE	2 (7%)	6 (8%)	1 (3%)	-	
Après ASALEE	8 (28%)	33 (43%)	1 (3%)	6 (16%)	
	p<0,05	p<10 ⁻⁵	NC	p<0,05	
Situation financière					
Avant ASALEE	1 (3%)	2 (3%)	2 (7%)	-	
Après ASALEE	3 (10%)	15 (20%)	3 (10%)	-	
	NS	p<0,05	NS	NC	
Enfants					
Avant ASALEE	14 (48%)	33 (43%)	1 (3%)	-	
Après ASALEE	16 (55%)	52 (68%)	9 (30%)	37 (84%)	
	NS	p<10 ⁻⁵	p<0,05	p<10 ⁻⁵	

Tableau 16 : Enregistrement de chaque déterminant dans chaque cabinet

6.2 Caractéristiques du primo-enregistrement de chaque déterminant dans chaque cabinet

Les primo-enregistrements des déterminants obligatoires sont faits à 100% par les infirmières dans trois cabinets sur quatre (n°2, n°3, n°4). Dans ces cas, ils sont majoritairement enregistrés dès la 1^{ère} consultation, jusqu'à 100% dans le cabinet n°4.

Pour les déterminants utiles, le primo-enregistrement est également majoritairement fait par l'IDSP dans les quatre cabinets, dès la 1^{ère} consultation.

Dans le cabinet n°1, on note une participation plus forte du médecin, notamment pour les déterminants statut de l'emploi et situation financière (50%). (cf tableau 17)

Déterminants	Cabinet 1	Cabinet 2	Cabinet 3	Cabinet 4	
Obligatoires	Statut emploi				
	Médecin	2 (50%)	-	-	
	IDSP ASALEE	2 (50%)	17 (100%)	13 (100%)	32 (100%)
	- % à la 1 ^{ère} consultation	- 50%	- 59%	- 77%	- 100%
	Profession				
	Médecin	-	-	-	-
	IDSP ASALEE	-	8 (100%)	3 (100%)	29 (100%)
	- % à la 1 ^{ère} consultation	-	- 75%	- 100%	- 96%
	Utiles	Couple			
		Médecin	2 (29%)	2 (8%)	-
IDSP ASALEE		5 (71%)	23 (92%)	18 (100%)	34 (100%)
- % à la 1 ^{ère} consultation		- 20%	- 56%	- 89%	- 97%
Vivre seul					
Médecin		3 (30%)	1 (3%)	-	-
IDSP ASALEE		7 (70%)	29 (97%)	19 (100%)	32 (100%)
- % à la 1 ^{ère} consultation		- 57%	- 72%	- 89%	- 91%
CSP					
Médecin		1 (100%)	-	-	-
IDSP ASALEE	-	7 (100%)	2 (100%)	20 (100%)	
- % à la 1 ^{ère} consultation	-	- 86%	- 100%	- 95%	
Logement					
Médecin	1 (17%)	1 (4%)	-	-	
IDSP ASALEE	5 (83%)	26 (96%)	-	6 (100%)	
- % à la 1 ^{ère} consultation	- 40%	- 58%	-	- 83%	
Situation financière					
Médecin	1 (50%)	2 (15%)	-	-	
IDSP ASALEE	1 (50%)	11 (85%)	1 (100%)	-	
- % à la 1 ^{ère} consultation	- 0%	- 27%	- 0%	-	
Enfants					
Médecin	-	1 (5%)	-	-	
IDSP ASALEE	2 (100%)	18 (95%)	8 (100%)	37 (100%)	
- % à la 1 ^{ère} consultation	- 50%	- 72%	- 33%	- 100%	

Tableau 17 : Caractéristiques du primo-enregistrement de chaque déterminant dans chaque cabinet

6.3 Caractéristiques de l'actualisation de chaque déterminant dans chaque cabinet

Comme nous avons vu dans la population générale, le taux d'actualisation est très faible. L'analyse par cabinet a montré que les effectifs étaient trop petits, les résultats des actualisations par cabinets n'ont pas été montrés.

DISCUSSION

L'enregistrement des DSS, comme précisé dans la recommandation de 2014, est significativement plus important après inclusion dans ASALEE, ce qui confirme notre hypothèse initiale.

Ce constat est vérifié pour les deux catégories de déterminants : obligatoires et utiles.

Certains travaux ont étudié le bénéfice d'ASALEE sur le suivi de maladies chroniques comme le diabète, ou l'avis des patients. Parallèlement, certaines études se sont penchées sur le recueil des déterminants sociaux du point de vue des médecins. Aucune étude n'a directement étudié l'impact du protocole ASALEE sur l'enregistrement de ces déterminants dans le dossier.

1. Principaux résultats

1.1 Enregistrement avant ASALEE

Toujours selon les recommandations de 2014, les déterminants obligatoires doivent tous apparaître par écrit dans le dossier, dès la première consultation et être mis à jour régulièrement.

Nous avons pu voir que ces informations ne sont jamais renseignées dans 100% des dossiers par les médecins. Certaines n'apparaissent même jamais, comme la compréhension du langage. Ce critère paraît pourtant important pour s'assurer de la bonne compréhension des consignes des prescriptions : doses, prises de médicaments, examens complémentaires, délai de suivi. Ceci ne s'arrête pas aux patients parlant une langue étrangère mais également aux personnes ayant des difficultés de lecture, d'audition et de compréhension.

Ainsi, de façon générale sur les quatorze déterminants retenus dans notre étude, on observe une moyenne de 3,7 déterminants par dossier avant l'intervention d'ASALEE ce qui est extrêmement faible. Dans le détail, on voit que les déterminants obligatoires représentent 2,8 d'entre eux (sur 5 déterminants), soit un peu plus de la moitié des informations devant apparaître obligatoirement dans le dossier. Ceci montre bien que la recommandation est loin d'être conformément appliquée en pratique courante.

Parmi eux, on note que les plus présents sont l'adresse et l'assurance maladie à plus de 94% et toujours renseignés dans un encart dédié. L'assurance maladie en tant que Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR) n'apparaît pas dans tous les dossiers, pourtant possible à ajouter dès la

création du dossier avec la lecture de la carte vitale et surtout, donnée primordiale pour établir une feuille de soins ou un arrêt de travail. On note que la mutuelle n'est jamais enregistrée, critère pourtant central dans la lutte contre les ISS. Comme démontré dans une étude de 2012 (38), il persiste un important renoncement aux soins pour raisons financières, et ce malgré l'instauration de la CMU et Aide Médicale d'Etat (AME). Le renoncement concerne principalement les consultations de spécialiste, les examens complémentaires et les médicaments. On sait donc qu'un patient n'ayant pas de mutuelle viendra moins consulter, et ne suivra pas le plan de soins proposé. Si un patient est connu sans mutuelle, il sera peut être possible de discuter d'autres alternatives. Si cela n'est pas connu du médecin, les inégalités vont donc s'installer et se creuser.

Les 0,9 informations restantes concernent les déterminants utiles (sur 9 déterminants), que l'on voit extrêmement peu enregistrées par les médecins avant ASALEE. Ceci était déjà montré dans deux autres thèses (20) (21).

Ces informations apparaissent en majorité dans les corps de consultation, pouvant traduire l'absence d'encart spécifique dédié à chacun d'eux dans les différents logiciels. Ceci rejoint l'avis de 70% des médecins, dans une thèse de 2018, qui estiment que les items de leur logiciel ne sont pas adaptés pour la traçabilité. Dans cette même étude, un médecin sur dix déclare même ne garder aucune trace car les items sont totalement absents dans le logiciel. (39)

Les informations les plus enregistrées sont la situation de couple (36%) et les enfants (27%) mais reste bien en dessous de 50% des dossiers. Les données strictement sociales et en rapport avec la situation financière du patient ne sont presque jamais enregistrées par le médecin (3% maximum). Ceci est également cohérent avec les études précédentes.

En effet, dans le travail de Thèse de Ernst et Toulouse en 2014, il est montré que les médecins recueillent peu les déterminants proposés de façon active, notée et organisée. Ils pensent les connaître et les recueillent de manière passive et indirecte. Les résultats sont plutôt cohérents avec notre étude, l'assurance maladie est recueillie (via carte vitale) mais pas la mutuelle, la compréhension n'est jamais enregistrée de façon formalisée (20). De même pour les données familiales et financières, elle sont aléatoirement recueillies. Dans une autre thèse de 2017 (21), il est montré que le recueil des informations obligatoires est réalisé à 71% et 25% pour les critères utiles.

1.2 Enregistrement des déterminants après ASALEE

De façon générale, sur les quatorze déterminants, on constate une nette augmentation du nombre moyen de déterminants enregistré dans le dossier après ASALEE. Ainsi, on passe de 3,7 déterminants par dossiers à 6,2 après.

L'inclusion du patient dans un protocole ASALEE permet donc d'augmenter cet enregistrement et de se rapprocher des recommandations, même s'il n'est pas encore complet.

Concernant les critères obligatoires, sur les 5 déterminants on compte 2,8 par dossiers avant contre 3,4 après. On note donc une différence de 0,6 déterminants par dossier soit moins de un, mais cela reste cependant intéressant vis-à-vis de la recommandation car ces déterminants sont tous censés apparaître dès la création du dossier.

Concernant les déterminants utiles ils passent de 0,9 à 2,8 par patient, sur les 9 à remplir. Cela reste effectivement insuffisant mais montre une nette amélioration de l'application de la recommandation en lien avec la collaboration ASALEE.

Les principales données enregistrées par l'infirmière sont celles relatives à la situation familiale et financière, soit l'inverse du recueil des médecins. Ce dernier point est intéressant car il n'y a aucune relation de paiement entre le patient et l'infirmière donc on pourrait penser que ces données n'entrent pas dans le champ de leur consultation.

1.2.1 Des données enregistrées par les IDSP

Dans le cadre de la collaboration avec ASALEE, l'augmentation du nombre de déterminants pouvait être le fait soit du médecin soit de l'infirmière. Or, nous avons montré que pour les deux types de déterminants (obligatoires et utiles), les nouvelles informations étaient très majoritairement enregistrées par l'infirmière elle-même. Dans quelques cas l'enregistrement d'un nouveau déterminant par l'IDSP qui n'apparaissait pas dans le dossier entraînait une forme de sensibilisation du médecin. Ainsi, il abordait de nouveau cet aspect dans ses consultations, alors qu'il n'en avait jamais parlé avant. Ceci concorde avec l'avis des médecins de Loire Atlantique dans une étude sur la coopération, qui montrait que 76% d'entre eux considèrent que

l'infirmière apporte un supplément dans la qualité des soins et pour 73% la coopération améliore le contenu des consultations. (40)

Ce phénomène est certainement, pour une part, lié au temps de consultation plus important dont les IDSP bénéficient. Ainsi cela rejoint les constatations déjà établies en 1996 (27) comme quoi « la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue ». D'autre part les patients ont certainement encore des réticences à aborder certains sujets avec le médecin, en privilégiant les questions médicales avec eux.

1.2.2 Des difficultés d'enregistrement

Après discussion avec les infirmières préalablement à l'étude, il ressortait que dans la majorité des cabinets les IDSP ne modifient pas les informations présentes dans les encarts administratifs spécifiques présents dans les logiciels, à l'exception des coordonnées téléphoniques parfois (sous tendue par l'idée de faciliter la prise ou la modification des rendez-vous). Elles ne remplissent donc que les corps de consultation dans le logiciel partagé. Elles avançaient comme explications :

- ne pas savoir vraiment comment procéder car les processus sont parfois complexes selon les logiciels.

- ne pas oser, pour ne pas modifier le dossier du médecin.

- penser que ce ne serait pas remarqué par le médecin.

Ainsi l'analyse de l'apport des IDSP n'a porté que sur les corps de consultation. D'autant que d'après ces mêmes échanges, il ressort que dans de nombreux cas elles n'écrivent pas la totalité des informations qu'elles recueillent dans le logiciel métier pour diverses raisons :

- par manque de temps, car elles travaillent sur plusieurs supports en parallèle (logiciel métier, portail ASALEE, documents personnel avec synthèse des consultations) et donc passent beaucoup de temps à retranscrire.

- parce qu'elles considèrent que certaines informations ne vont pas intéresser le médecin, tout en les recueillant et en les conservant vers elle.

- parce qu'elles transmettent ces informations aux médecins par oral lors d'échanges formalisés ou non.

Le nombre d'informations enregistrées par les IDSP est donc sous-estimé. En effet, nous n'avons pas pu leur attribuer les informations présentes ni dans les encarts ni sur leurs supports annexes, qui n'ont pas été étudiés.

Le recueil et l'enregistrement des DSS ne font pas explicitement partie des fonctions premières des IDSP. Malgré cela elles font un recueil et surtout un enregistrement plus large de la situation du patient sans y être spécifiquement formées. Ceci renforce l'intérêt de la coopération dans un nouveau domaine, les ISS.

1.2.3 Actualisation des données

Dans la recommandation, il est également spécifié que les données, au moins obligatoires, doivent être régulièrement mises à jour. Ainsi, nous avons montré que les données présentes avant ASALEE dans le dossier étaient souvent remises à jour après inclusion, 15% des critères obligatoires et 46% critères utiles et à plus de 90% par les IDSP elles-mêmes.

En effet, l'actualisation est primordiale, une situation peut rapidement se modifier au niveau financier, professionnel, familial. Là encore, l'association avec ASALEE permet de mieux répondre aux critères de la recommandation.

1.2.4 Un enregistrement précoce par les IDSP

La recommandation précise que les déterminants obligatoires doivent être enregistrés à la 1^{ère} consultation et que les déterminants utiles peuvent l'être sur plusieurs consultations. Dans notre étude nous avons montré que le primo-enregistrement des déterminants par les IDSP était fait à plus de 75% dès la première consultation pour les déterminants obligatoires et à plus de 80% pour les déterminants utiles. Seules les déterminants « logement » et « situation financière perçue » apparaissent volontiers plus tardivement dans les consultations. Ce qui est cohérent car ce sont déjà les critères les plus difficilement enregistrés par les médecins. Ainsi, encore une fois l'intervention des infirmières ASALEE permet de mieux répondre à la recommandation.

1.2.5 Différences entre les cabinets

Nous avons montré que l'évolution globale concerne l'ensemble des cabinets et n'est donc pas liée à l'effet d'un seul cabinet ou d'une seule IDSP. Par contre, nous avons pu voir que l'amplitude de ces changements variait selon les cabinets. Cela peut être dû à plusieurs variables :

- la pratique des médecins avant l'inclusion dans le protocole. Ainsi, dans le cabinet n°1 la différence d'enregistrement avant/après pour certains déterminants n'apparaît pas significative, malgré des taux de remplissage très importants après ASALEE. Effectivement, le remplissage du dossier avant était déjà plus important, donc la marge d'amélioration est moindre. A l'opposé, dans le cabinet n°4, qui montre les différences les plus significatives on constate que le remplissage avant, par le médecin, était très faible. Malgré tout l'IDSP permet un remplissage très important, jusqu'à 90% des informations.

- La localisation des cabinets en zone urbaine ou rurale. On constate que le cabinet n°1, en zone urbaine, présente le plus fort taux de remplissage avant ASALEE. Au contraire, les cabinets n°3 et n°4 en zones rurales montrent le plus faible taux de remplissage avant ASALEE. Ainsi, peut être qu'un cabinet en zone rurale sera exposé à une plus grande patientèle et donc moins de temps médical donc moins de temps dédié au remplissage des dossiers et au recueil de la situation sociale du patient.

- Le nombre d'intervenants dans le dossier du patient, est-ce que le secrétaire remplit des informations administratives ? Y a-t-il des internes ou remplaçants qui interviennent dans le cabinet pouvant participer à remplir de nouvelles informations (attribuées au médecin dans notre étude) ?

- Le nombre de consultations par patient. Le cabinet n°2, présente le plus grand nombre de consultations par patient et des différences significatives concernant la plus grande variété de déterminants différents. Donc, le nombre de consultations semble être corrélé à un élargissement du champ des informations enregistrées. Ce qui est confirmé dans notre étude car les informations les moins enregistrées, concernant les finances particulièrement, le sont bien après la première consultation.

- Les logiciels métier utilisés sont différents dans chacun des cabinets, et ne proposent pas la même ergonomie ni les mêmes items.

- La pratique de l'IDSP individuellement. Une seule utilise systématiquement la même fiche d'information lors de la première consultation, dans le cabinet n°4. Cabinet qui montre la plus importante augmentation d'enregistrement.

- Les protocoles suivis, on rappelle que quatre protocoles sont officiellement validés par l'HAS. Dans notre étude la majorité des inclusions concerne le diabète (31%), ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature. En effet, un tiers des suivis ASALEE porte sur le diabète également (19). Cependant, dans un seul cabinet de l'étude un protocole de « suivi psychologique » a été mis en place. Ce dernier représente 20% de l'activité de l'IDSP. Or on peut imaginer que selon le protocole abordé, la situation globale du patient sera discutée de manière différente.

2. Limites de l'étude

Il y a uniquement quatre cabinets inclus, limitant la représentativité de la population de l'étude, dû à la difficulté de recruter des cabinets volontaires.

On peut relever plusieurs biais :

- Biais de recrutement : car les cabinets étaient des cabinets volontaires donc probablement plus intéressés par la question des inégalités sociales en santé. Donc ceci n'est pas nécessairement représentatif de la population générale.

- Biais de classement : par l'investigateur principal qui a pu garder de la subjectivité dans certains items

- Biais de confusion : le fait de ne pas pouvoir distinguer l'auteur ni la date des modifications des encarts, attribuer ces informations au médecin arrivant donc à une sous-estimation certaine de la participation des IDSP. Il était en effet impossible de remonter ces informations sauf mandater les éditeurs de logiciels mais vu le nombre de logiciels différents cela n'était pas réalisable

Le recueil des déterminants et surtout leur renseignement dans le dossier médical dépendent des pratiques et habitudes différentes entre les équipes. De plus, selon les logiciels utilisés il n'est pas possible de remplir le dossier systématiquement avec des encarts pré établis.

3. Points forts de l'étude

Cette étude est multicentrique, permettant de relativiser l'effet centre.

Malgré le nombre de dossiers limité, il était assez conséquent pour permettre l'obtention de résultats très significatifs.

L'analyse des dossiers a été faite par un opérateur unique permettant une homogénéité du recueil.

L'inhomogénéité des cabinets mais des résultats significatifs dans la population globale de l'étude, permettent de dire que quelles que soient les caractéristiques des cabinets, l'intervention des infirmières permet une amélioration de l'enregistrement des déterminants sociaux des patients.

4. Comment approfondir la réflexion ?

Un des aspects non évalué dans cette étude est le contenu qualitatif des informations enregistrées par le médecin et par les infirmières. Il pourrait être intéressant de comparer le contenu des informations remplies par chacun, afin de conforter l'idée que l'approche est différente entre le médecin et l'IDSP et que les informations données par le patient à l'un et l'autre peuvent être différentes et complémentaires.

Nous avons montré que les infirmières ASALEE apportent un véritable poids dans l'enregistrement des DSS sans y être formées et invitées. On pourrait donc imaginer que les interroger sur leur intérêt et les sensibiliser pourrait encore améliorer ces enregistrements. Ainsi il pourrait s'établir un temps de formation à cet aspect et proposer une forme de fiche à suivre, peut être en associant les différentes approches qu'elles mettent déjà en place.

Dans notre étude nous nous sommes intéressés à l'enregistrement dans le dossier tel qu'évoqué dans les recommandations. Ainsi, nous voyons que l'enregistrement par le médecin est faible. Il serait intéressant de comparer les données réellement connues par les médecins avec celles effectivement enregistrées.

D'autre part, nous avons montré que le contenu des logiciels ne répond pas aux recommandations. On peut imaginer qu'un contrôle accru et la création d'une « norme » répondant à l'enregistrement des données sociales puissent être intéressants.

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé restent un enjeu majeur de santé publique. Le collège de médecine générale a publié en 2014 des recommandations à l'intention des médecins et des éditeurs de logiciels portant sur l'enregistrement systématique de seize déterminants dans le dossier médical.

En réponse aux difficultés démographiques en soins primaires, se développent les protocoles de coopération médecins-infirmiers, notamment ASALEE.

L'application des recommandations par les médecins a fait l'objet de plusieurs études. Elles retrouvaient un faible enregistrement des déterminants par les médecins. Nous avons donc réalisé cette étude afin d'observer si le travail en coopération ASALEE modifiait cet enregistrement.

Nos résultats sont concordants avec la littérature, montrant un faible enregistrement de la part des médecins. Nous avons montré que le nombre de déterminants présents dans le dossier est significativement supérieur après l'inclusion dans un protocole ASALEE. Cette augmentation est directement attribuée aux IDSP, elles aident donc les médecins à appliquer les recommandations. Nous n'avons pas identifié de biais majeur.

Afin de développer encore cet aspect, il serait intéressant de former et sensibiliser les IDSP à cette question des ISS. On pourrait leur fournir une fiche type à suivre concernant les informations sociales à enregistrer.

Pour les médecins, une formation spécifique sur les recommandations de 2014 pourrait être proposée, en plus des formations sur les ISS. On pourrait proposer un document très synthétique sous forme de carte ou dépliant afin de les rappeler au quotidien.

Ainsi, une étude pourrait être intéressante afin d'observer si les médecins et les infirmières ASALEE améliorent encore l'enregistrement après mise en place de ces stratégies.

ANNEXES

Annexe 1 : grille de recueil

date naissance / sexe / âge :
 date inclusion ASALEE :
 protocole suivi :
 nombre de consultations ASALEE :

FICHE PATIENT N°

antériorité du suivi MG :
 logiciel métier :
 mode de débrieffing médecins/Infirmières :

CRITERES	Information présente		Information recueillie dans le corps de consultation		dernière modification	
	Encart spécifique	Accessible à l'ouverture du dossier	Avant ASALEE	Après ASALEE par IDE par médecin	IDE	médecin
adresse/conditions de vie						
statut par rapport à l'emploi						
profession						
assurance maladie						
compréhension du langage (écrit/oral)						
en couple						
seul						
pays de naissance						
niveau d'étude						
cat socio professionnelle						
minima social						
logement						
situation financière perçue						
enfants à charge						

BIBLIOGRAPHIE

1. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Rapport IGAS : Les inégalités sociales de sante Déterminants sociaux et modèles d'action. 2011. Report No.: RM2011-061P.
2. OMS. Rapport sur la santé dans le monde en 2000 [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1
3. INSEE. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110>
4. Potvin L, Moquet M-J, Jones C. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. 2012.
5. INSEE. Les inégalités sociales face à la mort - Tables de mortalité par catégorie sociale et indices standardisés de mortalité pour quatre périodes (1976-1984, 1983-1991, 1991-1999, 2000-2008) - [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380839>
6. Santé Publique France. Inégalités sociale de santé : des déterminants multiples [Internet]. [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants-multiples>
7. INPES - Inégalités sociales de santé [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/index.asp>
8. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. 2008
9. Macintyre S. The black report and beyond what are the issues? Soc Sci Med. 1997;44(6):723-45.
10. Moatti JP. Déterminants sociaux des inégalités de santé : une priorité absolue pour la recherche en santé publique, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique,(61):123-125
11. Lombrail P. Le système de soins et les inégalités sociales de santé. ADSP, dec 2010;(73):24
12. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. juin 2003;38(3):831-65.
13. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Rev Fr Aff Soc. 2007;n° 1(1):109-26.
14. Falcoff. H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé? ADSP, déc 2010;(73):41n° 73
15. Collège de médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. 2014.
16. HAS. La tenue du dossier médical en médecine générale: état des lieux et recommandations. 1996
17. HAS. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu . Réglementation et recommandations. 2003.
18. ENSP. Le dossier médical informatisé : limites éthiques et contraintes professionnelles liées au partage des données médicales. 2001 [cité 7 janv 2020]; Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/mip/g_23.pdf
19. Oreskovic NM, Maniates J, Weilburg J, Choy G. Optimizing the Use of Electronic Health Records to Identify High-Risk Psychosocial Determinants of Health. JMIR Med Inform. 14 août 2017;5(3):e25.

20. Ernst-Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. [Thèse de médecine]. Nantes; 2014.
21. Le Cour Grandmaison S. Recueil des déterminants sociaux de santé par les médecins généralistes : étude observationnelle en consultation de médecine générale. [Thèse de médecine]. Nantes; 2018.
22. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Rev Déconomie Polit. 2019;129(4):489.
23. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Droit Déontologie Soins. sept 2008;8(3):278-330.
24. Midy F. Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. CREDES, 2003, n°65.
25. HAS. Protocole de coopération entre professionnels de santé, mode d'emploi. 2012.
26. DREES. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er873.pdf>
27. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
28. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. 2005;12.
29. Gautier J. Rencontres HAS 2007
30. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/26262-cooperation-des-professions-de-sante-le-transfert-de-taches-et-de-comp>
31. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES, 2008, Rapport n°544,
32. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Asalée (Action de santé libérale en équipe) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. 2018;1-8.
33. Direction de la sécurité sociale. INSTRUCTION N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs » [Internet]. 2015 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39573.pdf
34. ARS. Grille protocole de coopération ASALEE. [Internet]. 2012 [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/system/files/2019-09/Protocole suivi pathologies chroniques POITOU-CHARENTES 1 .pdf>
35. ASALEE. Retranscription protocole ASALEE. mai 2014.
36. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi Pyrénées : le point de vue des patients [Thèse de médecine]. Toulouse. 2017.
37. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires. 2007;n° 53(1):3-49.
38. Chauvin P, Renahy E, Parizot I, Vallee J. DREES. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010.

39. Lucas Boucheron S. Quelles sont les attentes des Médecins généralistes concernant leurs logiciels métiers en Île-de-France [Thèse de médecine]. Paris 13; 2018
40. ORS. Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale : opinion des médecins généralistes des pays de la Loire. [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur:
https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_10_integracion_infirmiers_panel2mgpdl.pdf

Vu, le président du jury

Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Vu, le directeur de thèse

Madame le Docteur JOURDAIN Maud

Vu, le doyen de la faculté

Titre de thèse : Le recueil et l'enregistrement des données sociales des patients sont-ils différents avant et après inclusion dans le dispositif de coopération ASALEE ?

RESUME

Introduction : Les ISS traduisent les différences d'état de santé en fonction de la position sociale des patients. Les DSS sont les critères expliquant que des inégalités sociales deviennent des inégalités de santé. Au cœur des soins primaires, le médecin généraliste est une première barrière aux ISS. Dans ce sens, le Collège de Médecine Générale a rédigé des recommandations en 2014, pour l'enregistrement systématique de seize déterminants répartis en deux catégories : obligatoires et utiles. Ces derniers doivent tous apparaître dans le dossier, et être enregistrés dès la première consultation. D'après les études connues, on sait que l'application de ces recommandations n'est pas optimale par les médecins. Ces informations dépassent le champ biomédical et peuvent être enregistrées par d'autres professionnels. Ainsi, le développement de coopérations en soins primaires comme le protocole ASALEE, semble un levier important pour améliorer cet enregistrement et l'application des recommandations. Nous avons donc réalisé cette étude, afin d'observer si l'enregistrement des déterminants sociaux de santé est différent après inclusion dans le protocole ASALEE.

Matériel et méthode : Etude observationnelle rétrospective multicentrique avec un design avant/après. Le critère principal était le nombre moyen de DSS par dossier avant et après inclusion dans un protocole ASALEE. Les cabinets participant étaient ceux recrutés sur le volontariat. Les critères d'inclusion étaient : être majeur et être inclus durant la période de recueil. Le recueil a été fait à partir d'une grille standardisée par un opérateur unique. Celle-ci était composée de quatorze déterminants.

Résultats : 179 dossiers ont été étudiés entre décembre 2018 et septembre 2019, dans quatre cabinets volontaires de Vendée et de Loire Atlantique. Avant ASALEE, on relève 3,7 déterminants (2,8 obligatoires et 0,9 utiles) par dossier en moyenne contre 6,2 après (3,4 obligatoires et 2,8 utiles). Cette différence est significative ($p\text{-value} < 10^{-40}$). A plus de 95%, les nouvelles informations sont enregistrées par les infirmières elles-mêmes, et dès leur première consultation. L'augmentation significative concerne tous les cabinets. Les déterminants les moins enregistrés concernent la situation financière, la compréhension et le niveau d'études.

Conclusion : Les médecins enregistrent peu les déterminants dans le dossier médical. L'enregistrement de DSS ne fait pas partie des missions des IDSP. Pourtant, les résultats de cette étude montrent que la coopération avec ASALEE permet une amélioration significative de l'enregistrement et ainsi de se rapprocher des recommandations du Collège de Médecine Générale. On peut donc imaginer qu'une sensibilisation spécifique à ces déterminants, des médecins et des IDSP, améliorerait encore leur enregistrement.

MOTS CLES

Inégalités sociales de santé, Déterminants sociaux de santé, ASALEE, dossier médical, coopération en soins primaires