**Eléments de l’appel à projets**

L’ARS Île-de-France soutient le développement de la recherche en soins primaires pour faire progresser les connaissances, les pratiques et les organisations.L’objectif de cet AAP est d’encourager les professionnels et les équipes de soins primaires à construire des projets pour permettre l’émergence de l’innovation fondée sur les preuves au profit des soins de proximité.

L’AAP s’adresse à tous les investigateurs régionaux exerçant en cabinet médical, maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), centre de santé (CDS), établissement de santé, quel qu’en soit le mode d’exercice (salarié ou libéral), unité de recherche, CPTS, institut de recherche, société savante, etc.

Cet AAP favorisera notamment l’approche pluridisciplinaire et l’implication de plusieurs unités de recherche.

L’objectif est de soutenir des recherches en soins primaires, en encourageant les professionnels (à entendre largement : MG ; IDE ; Kinés ; Sages-femmes ; Pharmaciens ; etc…) et les équipes de soins primaires à construire des projets de recherche, pour permettre l’émergence de l’innovation fondée sur les preuves au profit des soins de proximité. Les projets soutenus devront :

* Englober des projets de recherche qualitative, quantitative, observationnelle,
* interventionnelle ou recherche-action
* Intégrer des acteurs des soins primaires (possédant les compétences spécifiques

autour de soins primaires) à différents niveaux : conseils scientifiques, jury d’évaluation, groupe d’experts évaluateurs

* Appliquer des critères de jugement adaptés à la recherche en soins primaires

Thématique:

1. Prise en charge des maladies chroniques (obésité, hypertension artérielle, ALD, etc.) dans des structures de 1er recours : pertinence des prises en charge pluridisciplinaire (médecine, activité physique adaptée, diététique, accompagnement psycho-social), éducation thérapeutique, etc.

Critères

* Le projet doit entrer dans le champ et les thématiques prioritaires (mais non exclusivement) de l’appel à projets ;
* La qualité du projet scientifique et son impact ;
* La structuration régionale (articulation entre les acteurs, coopération régionale) ;
* La faisabilité du projet (plannings et jalons, justification du budget demandé) ;
* Le potentiel de valorisation.

**Synthèse de la réponse à l’appel à projets**

**Constat :**

La population vieillit, la prévalence des pathologies chroniques augmente, ce qui nécessite de privilégier la continuité et la coordination des soins de proximité en soins primaires.

Dans un contexte de recrudescence de patients sans médecins traitants, de prise en charge des maladies chroniques, et de d’optimisation du temps des médecins, le Pôle Santé Pluridisciplinaire Paris Est a pour projet de rechercher des solutions innovantes favorisant l’approche pluridisciplinaire et l’implication de tous les membres de l’équipe de soins primaires.

L’approche pluridisciplinaire nécessite de construire un système d’information des équipes de soins primaires. Les outils informatiques constituent la clé de voûte technologique innovante sur laquelle se construisent les systèmes d’information performants.

Notre recherche portera donc l’intégration et l’émergence de l’innovation au profit des soins de proximité.

**Mission :**

* Répondre plus rapidement de manière efficiente aux attentes des usagers grâce à l’intégration des compétences humaines et une offre centrée sur le patient et ses besoins médicaux, sociaux, immédiats et à long terme,
* Avoir une meilleure disponibilité des médecins généralistes pour qu’il soit pivot d’une offre humaine collective pluri-professionnelle en bénéficiant de supports technologiques pour être décharger des tâches administratives ainsi que le Pôle,
* Faciliter la coordination de soins par les membres de l’équipe lors de situations complexes et/ou fréquentes,
* Formaliser et harmoniser un protocole pluri-professionnel de soins primaires
* Faciliter les programmes d'accompagnements personnalisés pour les pathologies chroniques. Cette facilitation permet d’améliorer l’engagement réciproque des professionnels et des bénéficiaires dans l’élaboration et le suivi de ces programmes de soins et l’observance des traitements.

**Dispositifs envisagés :**

* Mise à disposition pour les professionnels de santé, d’une application qui gère de façon flexiblel’occupation des d’espaces de travail, (co-working)
* Mise en place et utilisation d’un système d’information efficace placé au centre du dispositif Asalée et de la coordination de soins, pour le fonctionnement de l’équipe regroupant médecins généralistes, infirmier (ières) et spécialistes.
* Mise en place du dispositif Asalée, pour une démarche d’éducation thérapeutique pour le suivi des pathologies chroniques et également des Soins de Suite auprès de patients en rémission.

* Elaboration d’un cadre commun de critères d’évaluation des résultats et des impacts des soins primaires coordonnés.

**Intérêt des collaborations et partenariats envisagés :**

* Partage et diffusion des savoirs et des savoir-faire issus du projet par la formation et par la téléconsultation d’expert grâce à des outils habilités par la HAS.
* Modélisation de la solution qui pourra être porté au niveau régional.

**Méthodes proposée de mise en œuvre du projet :**

La réflexion à court et moyen terme est d’apporter une réponse opérationnelle et pragmatique.

**Notre Etude de recherche appliquée comporte deux volets :**

**Volet 1 : Analyse de poste et des tâches des infirmiers (ières) Asalée**

* Les nouvelles tâches confiées à l’infirmière Asalée, (Infirmière Déléguée à la Santé Publique (IDSP), viendront en complément de celles des médecins généralistes. Nous proposons de construire un dispositif structuré définissant les interactions entre Infirmières, médecin et patient.

**La définition du rôle et des tâches de chacun viennent poser les fondements relationnels et organisationnelles nécessaires à :**

* la confiance,
* la pertinence,
* la latitude des actions en liens avec les objectifs thérapeutiques et des actions préventives prioritaires que se fixe le Pôle Santé.

Travail observationnel, entretiens qualitatifs et description quantitative selon des Méthodes éprouvées utilisées en GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, en Qualité de Vie au Travail en Ressources Humaines et en Gestion du Risque en milieu industriel.

**Volet 2 : Intégration d’une application logicielle au sein du système sanitaire**

* Dans ce travail de recherche nous envisageons l’incorporation d’un système informatique innovant au sein du système organisationnel de santé.
* Nous prévoyons de concevoir des processus motivés par la création de valeurs souhaitées par chacune des parties prenantes dans une structure de 1er recours.

Notre action consiste à fournir une aide efficace à la réussite de cette intégration en apportant des solutions pour :

* Construire un processus permettant l’intégration d’une nouvelle technologie dans une organisation existante,
* Concevoir les modèles de partage de la valeur économique pour réussir cette intégration,
* Définir les stratégies à mobiliser pour déployer cette intégration.

Travail fondé sur la modélisation de systèmes complexes organisationnels.

**Résultats attendus :**

L’organisation que nous proposons permet :

* D’intégrer une méthodologie commune permettant la co-construction contributive de chacun à des modalités d'accompagnement innovantes, adaptatives et donc pérennes,
* Un travail coopératif fluide sans surcharge administrative,
* Proposer aux patients un mode d’emploi des soins de santé primaire pour plus de prévention,
* Un programme sanitaire thérapeutique ou préventif évalué au regard de la gestion du temps, des ressources humaines et des moyens financiers.

**Enjeux du projet :**

* Arriver à obtenir une unité de fonctionnement des soins primaires autour du médecin généraliste grâce à sa prescription de soins paramédicaux sans surcharge de la fonction administrative et de la fonction de coordination, ni pour lui ni pour l’équipe.
* Obtenir la pérennité financière grâce à la reconnaissance de l’expérience et de ses résultats auprès :

Des patients fidélisés,

De la CPAM,

Des Mutuelles

pour une meilleure prise en charge et plus d’équité dans l’accès aux soins.

Offre packagée = financièrement adaptée (patientèle, territoire, …, sécu, …)

*L’infirmière intervient en complément de ma pratique médicale, dans les dimensions éducatives et d’accompagnement*

*Sa fonction, c’est d’accompagner les changements de comportement de la part des patients sur des problématiques comme le diabète, les risques cardio-vasculaires, les troubles cognitifs, le sevrage tabagique, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)…*

*Pour le médecin, l’infirmière Asalée est un nouveau pivot de la prise en charge du patient. Le docteur et l’infirmière se rencontrent pour échanger tous les 15 jours ou une fois par mois. Elle a une approche différente de la mienne, c’est un grand plus, elle voit des choses que je ne vois pas, et inversement. Elle a aussi une personnalité très attachante et une grande conscience professionnelle. Les patients sont ravis et mieux accompagnés.*

*A partir du moment où j’ai un associé et une infirmière Asalée, ça me permet d’amorcer la création d’une maison médicale avec des paramédicaux, c’est un vieux rêve que j’ai. Peut être un psychologue bientôt…. A voir. Je passerai le relais. Je pourrais mettre un kiné ou un dentiste aussi.*

recommandations hygiéno-diététiques, les inciter à pratiquer la marche ou à reprendre une activité physique. J’accompagne aussi des personnes désireuses d’arrêter le tabac et ça marche lorsque le coaching est régulier

Tâches:

problèmes de santé - manque d’observance de traitement, volonté de se sevrer du tabac, manque d’activité physique, troubles cognitifs…

6 jours par mois en libéral et, le reste du temps, exerce cette nouvelle activité porteuse de perspectives qu’elle juge très intéressantes et valorisantes pour son métier d’infirmière. 3 jours par semaine elle est donc infirmière Asalée

Soins de santé primaires

Médecine générale

Système de soins

Efficience

Besoins des patients

Les soins de santé primaires sont peu structurés en France alors qu’ils sont bien identifiés au niveau international : ils constituent le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé. La médecine générale est la spécialité clinique dédiée aux soins de santé primaires.

Recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l’efficience des soins. En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins : il faut passer de l’intention à l’action. Pour concrétiser le renforcement des soins de santé primaires, des évolutions structurelles sont indispensables : réorienter les études médicales vers les soins primaires ; développer la recherche en soins primaires ; favoriser le travail coopératif des professionnels de santé ; faciliter l’exercice quotidien des acteurs de terrain ; diversifier les modes de rémunération ; proposer aux patients un mode d’emploi des soins de santé primaires.

Ce sujet est au carrefour des intérêts de nombreux acteurs : les patients, pour lesquels la prévalence des maladies chroniques augmente, les médecins, qui veulent améliorer leurs conditions de travail, et les institutions, garantes de l’intérêt général qui cherchent à améliorer l’accès aux soins en maîtrisant les dépenses. Au moins jusqu’en 2020, la décroissance de la démographie médicale compromet l’offre de soins en France, particulièrement pour l’exercice ambulatoire

amélioration de la qualité et de l’efficience des soins prodigués. L’efficience est « le résultat d’une activité médicale (thérapeutique ou préventive), d’une intervention épidémiologique ou d’un programme sanitaire, évalué par rapport aux moyens utilisés (argent, ressources, temps) pour leur obtention »

# 🡺l’infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d’une organisation innovante en soins primaires

médecins généralistes : leur rôle de premier recours et de coordination.

Les mots clés MesH utilisés étaient les suivants : « Physician’s role, Family practice, Primary care, Health care costs, Patient satisfaction, Delivery of health care, Continuity of patient care, Population surveillance, Quality of life, Cost-benefit analysis, Organizational innovation »

Définition des soins primaires Les soins de santé primaires « sont le moyen qui permettra d’atteindre l’objectif d’un niveau de santé qui permette [aux peuples du monde] de mener une vie socialement et économiquement productive »12. Les soins de santé primaires ont pour caractéristique d’être « scientifiquement valables et socialement acceptables et de coût supportable par la société. Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail

nouveaux besoins des populations (maladies chroniques, nouvelles formes de prévention, etc.)

inégalités sociales de santé, les difficultés d’accès aux soins pour les populations défavorisées

Elle inclut l’ensemble des propriétés des soins primaires au niveau d’un praticien ou d’une équipe coordonnée par un médecin généraliste.

tenant compte de l’environnement psychosocial, culturel et existentiel du patient

• Accessibilité physique, géographique, temporelle et financière. • Aide au patient dans sa trajectoire de soins. Premier contact • Accueil sans aucune discrimination de tous les âges de la vie, de toutes les conditions de vie et de toutes les populations. • Garantie d’une absence d’interruption de la prise en charge des patients Continuité des soins ou des communautés dans le temps. L’instauration d’une relation de confiance durable entre soignants et patients est un des critères majeurs de la qualité des soins. • Situation au début de la chaîne médicale de prise en charge, Coordination coordination des différents maillons, intersection de la prise en charge individuelle et des programmes collectifs de santé publique. • Prise en charge de l’individu dans sa globalité, sur le plan biologique, psychologique et social. Globalité de la prise • Pas de focalisation sur un aspect du soin à l’inverse des soins en charge secondaires et tertiaires. • Prise en compte de la dimension communautaire. Proposition d’un large éventail de services de premier recours capables de répondre à la plupart des besoins sanitaires d’une population. Tableau. Socle commun de la définition des soins primaires d’après Starfield12.

il est probable que le développement des soins et services médicosociaux à domicile sera un enjeu dans les prochaines années, car le vieillissement de la population nécessitera un redéploiement de la ressource infirmière vers le secteur ambulatoire (77 % d’entre eux exercent en institution23)

La prescription de soins paramédicaux par le médecin généraliste contribue à une unité de fonctionnement des soins primaires « autour du médecin généraliste ». Cette unité est en pratique très difficile à concrétiser en raison de l’absence de reconnaissance par le financeur de la fonction de gestion et de coordination des médecins généralistes.

Le premier domaine, celui de la promotion de la santé, consiste à informer les patients sur un certain nombre d’enjeux de santé (hygiène de vie, régime, exercice physique, gestion du poids, etc.), mais également à les sensibiliser sur la conduite de dépistages systématiques comme, au Royaume-Uni, le dépistage cytologique du cancer. Les résultats sont présentés en termes de qualité, de santé du patient et de coûts générés.

Les recherches de bonne qualité sur la prévention sont rares. Les interventions sur les modes de vie n’ont souvent que des effets mineurs. La recherche dans ce domaine manque de bonnes études longitudinales avec des critères de jugement pertinents mesurant un impact à long terme. L’indicateur de Starfield : « capacité du soignant à identifier les besoins des patients quand ils apparaissent et à proposer une palette de services pour y répondre » est rarement utilisé. L’approche globale apparaît comme un concept générique englobant toutes les autres compétences fondamentales des soins primaires. Une recherche qualitative pourrait favoriser la compréhension du concept, du point de vue du médecin et de celui du patient. Les méthodes mixtes, de même que les études longitudinales et d’intervention peuvent mesurer l’efficacité et la pérennité de l’approche globale. Des outils de recherche spécifiques sont nécessaires et des critères de jugement appropriés doivent être définis.

**Solutions :**

Un autre axe de développement est la promotion de missions pluridisciplinaires au sein d’équipes de soins primaires. Deux options sont retenues : la substitution (un type de professionnel en remplace un autre pour la même tâche) et la supplémentation (un type de professionnel ajoute une valence supplémentaire à un soin déjà prodigué par un autre professionnel).

Deux initiatives récentes en France vont dans ce sens. La première est inscrite dans la loi HPST. Elle offre la possibilité de créer des protocoles de soins autorisant une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé. La seconde est l’expérimentation de nouveaux modes de rémunération : financement de structures pluridisciplinaires de premier recours volontaires comme les centres, maisons et pôles de santé37. L’évaluation de cette expérimentation fournira des renseignements précieux sur le bien-fondé de cette attitude.

mise en place de grandes équipes de soins primaires pluridisciplinaires. En l’espace de quelques années, le Royaume-Uni a connu une croissance importante de cabinets médicaux regroupant au moins six médecins généralistes qui exercent avec des infirmières salariées et d’autres professionnels, notamment administratifs. Ces grands groupes visent à offrir une large palette de soins de premiers recours à la population

optimiser l’organisation du travail et les aspects logistiques des cabinets pour améliorer les revenus

# **La collaboration médecins-infirmières dans les soins primaires**

Cette évolution inscrite, dans un premier temps, dans une logique de complémentarité et de diversification des soins s’est accompagnée depuis peu d’une logique de délégation, notamment en matière de prescription, mais aussi pour des actions de prévention et pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

La promotion de la santé est, en effet, l’une des principales compétences investies par les infirmières dans le cadre de l’extension de soins de nursing et de l’affirmation de nouveaux rôles infirmiers : bilan de santé, éducation, dépistage, en accord avec des protocoles en vigueur. Les activités des infirmières ont été également étendues au suivi des pathologies chroniques telles que l’asthme, le diabète et les problèmes cardio-vasculaires. Il ne s’agit pas là d’une simple délégation de tâches, mais d’une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies par les infirmières. Cette prise en charge met l’accent sur un suivi proactif de la part des cabinets de soins qui consiste à aller vers le patient et non pas à attendre qu’il vienne au cabinet. Cette forme de coopération entre médecins généralistes et infirmières s’inscrit donc dans une logique de diversification et d’innovation qui relève d avantage de formes de complémentarité que de substitution des tâches.

Réponse : L’organisation des cabinets de groupe doit donc être améliorée pour favoriser la continuité des soins. Par ailleurs, il convient de mettre en place des mécanismes visant à améliorer la coordination des soins au sein des grandes équipes, tant entre les médecins et les infirmières qu’entre médecins (notamment généralistes et spécialistes). Cela requiert du temps, de l’attention et la mise en place de systèmes d’information efficaces.

On attend du dispositif Asalée qu’il induise le développement de nouvelles tâches par l’infirmière, des modifications dans l’organisation du médecin et de son cabinet, et enfin des changements pour le patient dans son suivi. Les tâches nouvelles confiées à l’infirmière Asalée, appelée infirmière déléguée à la santé publique (IDSP), viennent pour certaines en complément et pour d’autres en substitution de celles réalisées par le médecin généraliste. La figure de l’IDSP Asalée construite par le dispositif mérite d’être questionnée.

### Méthode

Des observations de la formation de nouvelles infirmières à la fonction d’IDSP Asalée ont été menées, ainsi que trois entretiens avec des acteurs clés du dispositif, complétés par une analyse des documents officiels de présentation d’Asalée.

### Résultats

Mobiliser le regard sociologique sur les professions d’Everett Hugues permet d’analyser le « faisceau de tâches » que se voit attribuer l’IDSP Asalée. Celui-ci comporte le repérage de patients au sein de la patientèle du médecin en fonction de critères préétablis, des actions d’éducation et de soins auprès des patients, des tâches en lien avec la nécessité de traçabilité de son activité, des temps d’interaction avec le médecin généraliste, et éventuellement des temps d’échange avec l’extérieur, les contours de ces différentes tâches étant plus ou moins flous et donc négociables. Cette approche permet également d’étudier de quelle manière ces tâches prennent place dans la réalité du contexte institutionnel et organisationnel de l’association Asalée qui emploie l’IDSP, et dans les contextes d’interactions avec le médecin d’une part et le patient d’autre part.

### Conclusion

De nombreuses zones d’incertitude existent dans les tâches à développer. Avec le médecin, ces zones feront l’objet lors de l’activité de négociations aboutissant à une redéfinition des rôles de chacun. Avec le patient, une plus grande latitude est donnée à l’IDSP pour construire son approche, appuyée sur une appropriation particulière de la démarche d’éducation thérapeutique.

Objet de la recherche :

L’intégration d’une application logicielle au sein du système sanitaire existant est envisagée dans ce travail de recherche comme l’incorporation d’un système technologique innovant au sein d’un système complexe organisationnel de santé.

Notre problématique consiste alors à fournir une aide efficace à la réussite de cette intégration. Cette question sous-tend trois grandes interrogations :

Comment construire de nouveaux processus permettant l’intégration d’une nouvelle technologie dans une organisation existante ?

Comment concevoir les modèles de partage de la valeur économique pour réussir cette intégration ?

Comment définir les stratégies à mobiliser pour déployer cette intégration ?

Pour concevoir des processus en fonction de la création de valeurs souhaitées par chacune des parties prenantes du système de coordination de soins pluridisciplinaire, nous proposons la méthode OCSM (Organizational Complex System Modeling)

# Solution existante : Entr’Actes, votre plateforme de coordination des soins primaires

C’est un professionnel de santé qui sollicite la compétence d’un autre professionnel de santé, via une plateforme numérique, pour une prise en charge coordonnée du patient. Une demande qualifiée pour un temps soignant optimisé !

Faire financer l’installation de Weda

Développer avec <http://domicalis.com/>

Les outils informatiques constituent la base technologique sur laquelle se construisent les systèmes d‘information des équipes de soins primaires. Le système d’information est un outil nécessaire à la mise en pratique de la pluriprofessionnalité.

*« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins…, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l’ensemble de l’équipe »*

**La loi de janvier 2016 -art. L1110-4**

Le système d’information est un critère socle de l’Accord Conventionnel Interprofessionnel, il doit répondre aux besoins de la pratique individuelle ainsi que faciliter la coordination des soins autour de la prise en charge du patient par l’ensemble des professionnels de la MSP¨.

## Un système partagé labellisé

Les pouvoirs publics ont souhaité donner aux professionnels des repères pour les aider dans leur choix de logiciel. Ainsi, depuis 2012, **un label est attribué aux logiciels répondant aux exigences fixées par l’ASIP : « e-santé Logiciel Maisons et Centres de Santé »**. Ce label s’adresse aux Maisons de santé, CPTS et Centres de Santé et permet ainsi de répondre au critère relatif au système d’information partagé dans l’accord conventionnel interprofessionnel.

# Dispositif Asalée, une étude pointe les coopérations réussies et celles qui le sont moins…

11.03.19 Mise à jour le 15.03.19

Asalée est un dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmiers\* libéraux. Une analyse quantitative a dégagé trois types de binômes professionnels. Elle permet de cerner quelques conditions pour des coopérations réussies, qui selon les auteurs, pourraient être étendues à celles impliquant des infirmiers de pratique avancée (IPA).



Une étude menée par l’IRDES et l’Inserm montre des divergences dans les différents protocoles de coopération Asalée et propose des pistes pour améliorer les dispositifs à l’avenir.

Créé en 2004, le dispositif [Asalée (Action de santé libérale en équipe)](https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/asalee-interet-actes-derogatoires-pour-infirmiers-et-patients.html) est un dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmiers. Il bénéficie de financements spécifiques de la part du ministère de la Santé et de l’Assurance maladie, dans le but d’améliorer la prise en charge de patients souffrant de certaines pathologies chroniques (diabète de type 2, bronchopneumopathie chronique obstructive, risque cardiovasculaire élevé, troubles cognitifs) et d’[épargner du temps aux médecins](https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/protocoles-asalee-infirmieres-generalistes-temoignent.html).

Il repose sur une offre d’éducation thérapeutique (ETP) et la délégation dérogatoire d’actes médicaux vers les infirmiers notamment l’électrocardiogramme, la spirométrie, la prescription d’examens biologiques, l’examen du pied diabétique, ou encore les tests de mémoire. Ses effectifs s’élevaient en 2015 à près de 3 000 médecins et plus de 700 infirmiers, répartis en 1065 binômes sur l’ensemble de la métropole.

Une équipe IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) - INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) en a effectué une analyse quantitative exploratoire à partir d’une enquête menée mi-2015. Celle-ci avait, en effet, bénéficié d’un fort taux de participation : 66% des binômes dont 75% des médecins et 87% des infirmiers. Ces travaux ont abouti à une typologie des binômes en 3 classes.

Dans la classe 2, les professionnels mettent en avant le développement d’une relation privilégiée avec le patient, une collaboration étroite avec le médecin ainsi que le développement de compétences faisant partie du rôle propre infirmier

## Une étude a pointé trois types de coopérations distincts avec des résultats bien différents

La classe 1 (38% des effectifs) est constituée de binômes ayant une grande ancienneté (souvent antérieure à 2010) et une activité Asalée intense, avec des infirmiers en grande majorité salariés et à plein temps, axées sur l’ETP et les actes dérogatoires, exerçant dans un seul cabinet, qui est le plus souvent situé dans un groupe pluriprofessionnel et implanté dans des territoires défavorisés. Elles bénéficient d’un soutien logistique important (bureau dédié, secrétariat). Médecins et infirmiers sont le plus souvent très satisfaits du dispositif (73%), les médecins parce qu’il améliore leurs conditions de travail (78%) et la prise en charge de leurs patients (51%), les infirmiers parce qu’il leur permet de privilégier la relation avec leurs patients et d’enrichir leur pratique. Tous s’accordent sur la fréquence élevée de leurs échanges formels et informels avant et/ou après la rencontre avec le patient.

La classe 2 (44% des effectifs) comporte des binômes plus récents et moins actifs exerçant dans des cabinets de groupe mono ou pluridisciplinaires et volontiers situés dans des territoires favorisés. Les infirmiers sont plus souvent salariés, mais en temps partiel, et travaillent plus volontiers dans plusieurs cabinets avec plusieurs médecins. Ici aussi est relevée la fréquence élevée des échanges. Les infirmiers passent plus de temps à la gestion des dossiers patients, à la formation et aux actions de développement que celles de la classe 1. Ils mettent en avant le développement d’une relation privilégiée avec le patient, une collaboration étroite avec le médecin ainsi que le développement de compétences faisant partie du rôle propre infirmier, mais non reconnues dans la nomenclature des actes de la profession.

La classe 3 (18% des effectifs) est celle des binômes en construction, dont l’activité Asalée est plus faible, avec des infirmiers à temps partiel (14 heures par semaine) de statut plus fréquemment libéral et avec un temps de travail moins orienté sur l’ETP et les actes dérogatoires. Ils exercent dans des cabinets pluriprofessionnels de taille petite ou moyenne, installés dans des territoires relativement défavorisés. Les médecins y sont peu investis et travaillent avec plusieurs infirmiers, qui eux-mêmes collaborent avec plusieurs médecins. Les infirmiers ont les mêmes motivations que ceux de la classe 2, mais s’accordent avec les médecins sur la modestie des effets du dispositif. De plus, ils considèrent leurs activités d’ETP comme difficiles à mettre en œuvre.

Pour les auteurs, c’est la différence de perception des apports du dispositif entre les classes 2 et 3 qui est la plus instructive. Elle tient à plusieurs éléments : dans la classe 2, la délégation des tâches et l’ETP ont été mis en œuvre plus rapidement. De même, plus de patients ont été inclus dans des protocoles, les médecins travaillent avec un seul infirmier (contre plusieurs dans la classe 3) et les infirmiers, pour la plupart salariés (libéraux dans la classe 3), disposent d’un appui logistique plus fort comme un bureau dédié et l’implication du secrétariat.

Selon les auteurs, ces conclusions devraient faire réfléchir aux conditions de développement des coopérations entre médecins généralistes et infirmiers, notamment ceux qui vont exercer en pratique avancée.

*\*Lire partout infirmier/infirmière*

**PROCEDE D’ANALYSE DES TACHES ET D’AIDE A LA DECISION**

L'**analyse des tâches** est une **méthode** qui consiste à décomposer les faits relatifs à un emploi afin d'en déterminer les éléments et d'établir les qualités requises.

Voici quelques exemples des applications pour lesquelles une analyse des tâches peut représenter une aide :

* décrire un poste de travail, un projet ou une manière de faire ;
* concevoir une aide au travail : procédures, tableaux de décision, formulaires, etc. ;
* vérifier l'ergonomie d'un poste de travail ;
* concevoir une documentation « Guide d'utilisation de ... » ;
* élaborer une formation, formelle ou sur le tas ;
* optimiser une gestion du temps, une planification ;
* déléguer une tâche ou une responsabilité.

**Comment réaliser une analyse de tâches ?**

Comment effectue-t-on une analyse de tâches ? En général, elle se fait de la façon suivante :

* en interrogeant et en observant les personnes au travail ;
* en passant en revue les documents relatifs au travail (ou métier) ;
* en effectuant le travail.

Nous vous proposons deux mises en forme.

**1. La liste des étapes**

Cette procédure consiste à décrire la tâche sous la forme d'une liste qui indique ou identifie chaque tâche effectuée par le collaborateur, mais qui permet d'y ajouter cinq informations de base :

* l'ordre par numérotation des étapes ;
* l'événement déclencheur de l'étape ;
* l'indicateur de fin d'étape ;
* la fréquence et/ou la durée de l'étape ;
* des informations sur les outils, les documents, les critères de réalisation.

Cette procédure est supportée par le modèle : – Liste des tâches d'un poste (trame)

**2. L'organigramme des étapes**

Le but de cette procédure est de décrire la tâche sous forme d'un organigramme. Un organigramme permet de montrer non seulement les étapes d'une tâche mais aussi les relations entre ces étapes.

Pour cela, l'organigramme utilise deux symboles, des **rectangles** et des **losanges**. Les actions sont inscrites dans des rectangles, les décisions ou les choix sont inscrits dans les losanges, avec uniquement deux alternatives : oui ou non.



* L'analyse des tâches est une méthode qui consiste à décomposer les faits relatifs à un emploi afin d'en déterminer les éléments et d'établir les qualités requises pour accomplir adéquatement les tâches.
*
* Pour ce faire, l'analyse procède au relevé des tâches accomplies dans le cadre de l'emploi. Il peut utiliser différentes techniques telles que l'entrevue, l'observation ou le questionnaire. Il obtient :
*
* •**Quoi :** La liste des tâches accomplies.
* •**Comment :** Les procédés et méthodes utilisés.
* •**Pourquoi :** Les objectifs visés dans l'exécution de la tâche.
*
* Enfin, il relève les exigences (implications) liées à l'accomplissement de ces tâches (expérience, formation, responsabilités, risques, etc.)
*
* Le relevé de l'analyse des tâches est ensuite synthétisé dans un document appelé description d'emploi**,** *Liste des principales tâches et responsabilités comprises dans un emploi ou dans un poste* qui indique la nature de l'emploi, la liaison fonctionnelle existant entre le détenteur de l'emploi et son supérieur hiérarchique et les attributions de l'emploi (les tâches principales, les responsabilités et les pouvoirs du détenteur de l'emploi).