

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Kamel BENHAMADI

Né le 24 Juillet 1987 à Narbonne (11)

Vécu de la collaboration Médecins et Infirmières ASALEE dans le département de l'Indre du point de vue des infirmières :

Quels sont les freins ressentis par les infirmières ASALEE à la collaboration interprofessionnelle ?

Présentée et soutenue publiquement le 9 Septembre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Christophe HOURIOUX, Biologie Cellulaire, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Christian LAVIGNE, Médecine Interne, PH, CHU - Angers

Membre invité :

Madame Virginie MERLET, Coordinatrice pédagogique Diplômé d'Etat Infirmier en Pratique Avancée, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra..... Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BINET Aurélien..... Chirurgie infantile
BISSON Arnaud..... Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo..... Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas..... Cardiologie
DENIS Frédéric..... Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure..... Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

Monsieur **le Professeur Christophe HOURIOUX** (Professeur de Biologie Cellulaire)

Je suis honoré que vous acceptiez de présider cette soutenance de thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Aux Membres du Jury :

Madame **la Professeur Clarisse DIBAO-DINA** (Professeur de Médecine Générale)

Je tiens à vous remercier pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Monsieur **le Professeur Matthias BUCHLER** (Professeur de Néphrologie)

Je tiens à vous remercier pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Docteur Christian LAVIGNE (Chef de service de Médecine Interne)

Je tiens à vous remercier pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Au Membre invité :

Madame MERLET Virginie (Coordinatrice pédagogique Diplômé d'Etat Infirmier en Pratique Avancée)

Je tiens à vous remercier de votre participation à ma soutenance de thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

À mon directeur de thèse :

Le Docteur RUIZ Christophe (médecine générale)

Merci pour ce temps passé, ces soirées de travail, et cette bonne humeur qui te caractérise.
En dehors de la direction de ce travail de thèse, je suis honoré d'avoir pu apprendre à tes côtés, que ce soit sur le plan médical ou humain.
Je t'exprime ma plus sincère gratitude.

À mes anciens maîtres de stage :

Je vous remercie de votre enseignement et de votre encadrement au cours de mon internat.

À Emilie et Thaisse infirmières ASALEE à Neuvy Saint Sépulchre :

Je vous remercie pour votre participation active à l'élaboration de cette thèse.
Sans vous rien n'aurait été possible.

À l'ensemble des infirmières ASALEE qui ont participées à cette thèse :

Je tiens à vous remercier pour votre participation.
Sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

À mes futurs confrères au sein de la MSP de Neuvy Saint Sépulchre :

Pierre, Germain, Frédéric, je vous remercie pour vos précieux conseils et votre écoute.
Vous m'avez conforté dans mon choix d'installation et dans mon choix d'être médecin généraliste.

À ma famille :

À Pauline, merci d'être dans ma vie et de faire de moi l'homme que je suis aujourd'hui.
Tu as fait de moi le plus heureux des hommes et à présent le plus heureux des papas.

À Sohan, mon fils, une source de joie et de bonheur au quotidien.
Merci de faire de moi le plus heureux des papas.

À mes parents, Ahmed et Zoubida.
Merci de votre amour et de votre soutien inconditionnel depuis toutes ces années

À ma sœur, Sabrina.
Merci d'avoir toujours été là pour moi.

À mon frère Nadir.
Toujours une pensée pour toi.

À ma grand-mère, Fatna, partit trop tôt.
Je pense fort à toi.

À mon oncle, Boucif, partit top tôt.
Je pense fort à toi.

À mes amis :

Belkacem, merci de tes très nombreux conseils, toujours avisés. Tu fus une belle rencontre de ces années d'internat.

Adrien, Laura, Flavie, Yannick merci de votre soutien et de votre joie de vivre.

Mickaël, merci pour ce temps passé en ta compagnie autour du travail de nos deux thèses, ta présence a été une source de motivation.

RESUME

Introduction: Le dispositif ASALEE est un dispositif autorisant la réalisation d'actes dérogatoires par des infirmiers en lien avec des médecins généralistes au sein d'une collaboration interprofessionnelle.

La qualité de la collaboration interprofessionnelle impliquant le binôme médecin- infirmier est un socle indispensable à une approche centrée patient.

Objectif: L'objectif de l'étude est de rechercher dans les prémices de cette relation les difficultés vécues par des infirmiers qui pourraient ralentir ou être un frein à la construction d'une équipe de soin.

Méthode: Une étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée a été réalisée. Des entretiens semi-directifs en focus group ont été menés sous la forme de groupes de pairs intégrant des infirmières ASALEE du département de l'Indre.

Résultats: Les entretiens mettent en évidence des difficultés rencontrées lors de leur début d'activité avec des sentiments de frustration, de manque de temps d'échange et parfois de manque de considération de la part des médecins. Certaines infirmières ASALEE ne se définissent pas comme faisant partie intégrante d'une équipe de soins.

Conclusion: Les relations décrites et vécues par les infirmières ne font pas ressortir cette notion de « collaboration interprofessionnelle ». Cette étude questionne sur la nécessité de développer les compétences des professionnels de santé dans le champ de l'interprofessionnalité.

Mots clés : dispositif ASALEE ; collaboration ; interprofessionnalité ; équipe de soin ; binôme médecin- infirmier.

ABSTRACT

Introduction: The ASALEE system is a system that allows nurses to carry out derogations in connection with general practitioners within an interprofessional collaboration.

The quality of interprofessional collaboration involving the practitioners-nurse partnership is an essential foundation for a patient-centred approach.

Objective: The objective of the study is to look at the beginnings of this relationship for the difficulties experienced by nurses who could limit or hinder the construction of a care team.

Method: A qualitative study based on entrenched theorization was carried out. Semi-structured focus group interviews were conducted in the form of peer groups involving ASALEE nurses from the Department of Indre.

Results: The interviews highlight difficulties encountered at the start of their activity with feelings of frustration, lack of exchange time and sometimes lack of consideration on the part of doctors.

Some ASALEE nurses do not define themselves as part of a care team.

Conclusion: The relationships described and experienced by nurses do not bring out this notion of “interprofessional collaboration”.

This study questions the need to develop the skills of health professionals in the field of interprofessionality.

Key words: ASALEE system ; collaboration ; interprofessionality ; care team ; practitioners-nurse partnership.

Table des matières

I. INTRODUCTION	14
II. MÉTHODE	16
III. RÉSULTATS	18
1. Caractéristiques de la population d'étude	18
2. Expériences vécues des infirmières ASALEE dans leurs relations avec les médecins avant leur prise de fonction.	18
3. La nécessité de créer un binôme pour pouvoir exercer.....	19
4. Logistique mise à disposition pour l'IDSP.....	20
5. Présentation à la patientèle	21
6. Communication interprofessionnelle.....	22
7. L'instauration d'une confiance dans le binôme ASALEE	23
8. Gestion des conflits	24
9. Sentiment d'appartenance à une équipe de soins.....	24
10. Les freins à un travail d'équipe selon les infirmières	25
IV. DISCUSSION	27
1. Méthode	27
2. Les freins à la collaboration interprofessionnelle	27
3. Expériences vécues des infirmières ASALEE dans leurs relations avec les médecins avant leur prise de fonction.	28
4. La nécessité de créer un binôme pour pouvoir exercer.....	29
5. Logistique mise à disposition pour l'infirmière déléguée en santé publique.	30
6. Présentation à la patientèle	30
7. Communication interprofessionnelle.....	31
8. L'instauration d'une confiance dans le binôme ASALEE	32
9. Gestion des conflits	33
10. Sentiment d'appartenance à une équipe de soin	34
11. Pour aller plus loin.....	34
V. CONCLUSION	36
SOURCES	38
ANNEXES	41
Annexe 1 : Effet de la typologie des binômes ASALEE sur les échanges interprofessionnels et sur la perception des apports du dispositif.....	41
Annexe 2 : Schéma synthétique reprenant l'ensemble des domaines et sous domaines de la collaboration interprofessionnelle décrits par le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité en santé.	42

Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des infirmières ASALEE.	43
Annexe 4 : continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.....	47
Annexe 5 : Convention ASALEE	48
Annexe 6 : Modèle a 4 dimensions de collaboration.....	57

I. INTRODUCTION

Le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) autorise la réalisation d'actes dérogatoires par des infirmiers en lien avec des médecins généralistes (1). Il consiste en la mise en collaboration de deux professionnels de santé, le médecin généraliste exerçant le plus souvent à titre libéral et une infirmière déléguée en santé publique, salariée de l'association ASALEE. L'infirmière ASALEE s'intègre à la structure existante qu'occupe le médecin généraliste, et intervient auprès de sa patientèle par le biais de tâches médico-déléguées le plus souvent dans le champ des pathologies chroniques et forme « un binôme de soin » avec le médecin.

Le dispositif s'est progressivement déployé sur l'ensemble du territoire français depuis 2004. Des travaux de recherches ont étudié le dispositif ASALEE, au travers de l'impact en termes d'efficience, mais également au travers des interactions entre les protagonistes, Médecin, Infirmier et Patient.

L'objectif du dispositif était d'apporter une amélioration de la qualité de prise en charge des patients, mais également une augmentation du temps médical disponible par substitution de certaines tâches aux infirmières (2). Les premiers déploiements d'infirmières ASALEE dans le département de l'Indre ont débuté en janvier 2018.

Une étude mettait en évidence une typologie de binômes médecin-infirmier répartie en 3 classes, les binômes en construction, en croissance et à maturité (3) (Annexe 1).

Les résultats de l'étude DAPHNEE soulignent un effet plus marqué sur le nombre de patients en file active pour les médecins dont les binômes de coopération sont les plus aboutis (4).

Le regroupement de professionnels de santé dans une structure commune ne suffit pas à lui seul à faire émerger une pratique collaborative efficiente (5).

L'opportunité était intéressante de pouvoir analyser les prémices de ce travail en équipe qui s'inscrit dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, et notamment de pouvoir se focaliser sur les binômes en construction.

D'Amour définit la collaboration interprofessionnelle comme le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage (6).

On retrouve dans la littérature, notamment sur la base des travaux d'Amour et Oandasan(7), des éléments explicitant des conditions favorisant ou entravant la collaboration interprofessionnelle.

Le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé définit des domaines de compétences nécessaires au travail en collaboration.

Ces domaines de compétences sont la communication interprofessionnelle, les soins centrés sur le patient, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels (8) (Annexe 2).

Une thèse doctorale, soutenue par Madame Vezien Céline en 2017, étudiait les freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et Infirmières ASALEE en Charente, en se basant sur des entretiens semi-directifs de médecins généralistes recevant des infirmières ASALEE (9).

Il m'est rapidement apparu indispensable de devoir étudier cette relation entre médecins généralistes et infirmières déléguées en santé publique, d'un point de vue différent, celui des infirmières.

L'objectif est de pouvoir identifier les facteurs limitant la collaboration interprofessionnelle pour les infirmières déléguées en santé publique avec les médecins généralistes afin de permettre l'amélioration du binôme médecin-infirmière et ainsi favoriser la maturation de ce binôme.

II. MÉTHODE

Dès les premières réunions de préparation à la recherche de la méthode pour répondre à notre question, une approche qualitative nous semblait la plus opportune pour interroger les sentiments, le vécu d'une nouvelle expérience professionnelle(10).

Dans notre propre expérience de soins primaires au sein de cabinets expérimentant le dispositif ASALEE, il nous apparaissait que des phénomènes ne permettaient pas toujours d'optimiser le fonctionnement de cette pratique du soin. Notre expérience issue de nos pratiques collaboratives aurait forcément un impact lors de l'élaboration de la trame d'entretien. Les premières lectures des verbatims ont d'emblée laissé émerger des sentiments pressentis par les chercheurs. Le discours des infirmières exprimait de la colère, de la frustration qui pouvaient altérer la bonne relation du soin et en retour générer d'autres sentiments à type d'insatisfactions relatives aux pratiques.

Nous nous sommes questionnés dans un premier temps pour mettre en place une approche phénoménologique(11) qui nous aurait permis d'aller plus loin dans l'étude du ressenti, du vécu des infirmières au début d'activité ASALEE adossé à leurs interactions passées avec le corps médecin. Ce vécu est connu. Il a déjà fait l'objet d'études et il constitue un inaliénable arrière-plan.

Sans envisager de se départir des conséquences des expériences vécues des infirmières avec les médecins, notre questionnement a glissé vers un vécu plus centré sur leur nouveau travail en collaboration. Notre trame d'entretien (Annexe 3) s'est orientée vers des questionnements permettant d'identifier dans le discours des infirmières ce qui pouvait générer un frein pour une pratique collaborative. Cette nouvelle approche a parfois rigidifié notre trame d'entretien qui s'est en partie orientée vers des thématiques de la pratique collaborative. Une approche moins éloignée de la théorisation ancrée nous a semblé alors plus opportune pour comprendre, au-delà des émotions et des sentiments vécus d'emblée perceptibles et connus dans cette relation infirmière – médecin, quels pouvaient être les nouveaux freins s'inscrivant de façon implicite dans leurs premières expériences d'activité ASALEE.

Deux groupes focus respectivement composés de 4 infirmières ASALEE ont été organisés. L'idée était de reproduire des conditions d'échanges s'apparentant à un groupe de pairs. Il nous semblait qu'une telle formalisation de ces entretiens pourrait permettre une expression plus libre et nous apporter une vision différente des interactions interprofessionnelles. La dynamique de groupe, élément essentiel à une libération des locuteurs dans leurs interventions, n'aurait pu être obtenue lors de la réalisation d'entretiens individuels.

« La rencontre avec un pair est usuellement porteuse d'un a priori favorable à l'échange, d'une certaine intimité. Cette communauté supposée des expériences est généralement envisagée comme spontanément porteuse de sympathie et d'empathie. Les pairs ont le sentiment a priori d'un accueil favorable par leur pair » (12).

L'absence du médecin chercheur associée à l'animation par des pairs lors des entretiens nous paraissait indispensable dans cette optique d'obtention d'une expression décomplexée.

Pour mener les entretiens, nous avons formé 2 infirmières ASALEE. Un premier entretien individuel avec une infirmière ASALEE a permis de tester le guide d'entretien.

Les entretiens se sont déroulés sur la période du 25 mars au 9 mai 2019. Les entretiens ont été enregistrés avec 2 dictaphones Olympus® WS-852, pour limiter le risque de panne de matériel. Les verbatims ont été retranscrits avec l'aide du logiciel Word®. Les résultats ont été analysés et ont bénéficié d'un codage ouvert par trois chercheurs. Des éléments de verbatim ont par la suite été extraits sous Excel®.

L'étude s'inscrit hors loi Jardé et le questionnaire a été soumis à un comité d'éthique(13).

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

La population étudiée est de 9 professionnelles de santé de sexe féminin.

La moyenne d'âge est de 42 ans avec une médiane à 43 ans.

La population étudiée a une expérience professionnelle moyenne de 19 ans, s'étendant de 11 à 28 ans.

2. Expériences vécues des infirmières ASALEE dans leurs relations avec les médecins avant leur prise de fonction.

Pour étudier la mise en relation de deux professionnels de santé, partageant un objectif de collaboration, il nous est apparu nécessaire de prendre en compte leur vécu et la qualité de leurs interactions professionnelles passées.

Ces interactions ont pu être, pour des infirmières, une source de souffrance :

IA1 : « Il avait des sautes d'humeur, mais bon après on est infirmière, on reste à sa place et parfois on subit ».

IA9 : « On a l'impression que son malin plaisir, c'était de déstabiliser l'infirmière et de la faire pleurer devant les patients ».

IA 5 : « Là, tu sentais que le médecin, c'était lui qui... on avait beau exposer notre problème il n'en avait un peu rien à foutre c'est pour ça que je suis partie ».

Pour IA2, les interactions antérieures avec les médecins étaient absentes, avec des habitudes de travail en quasi-autonomie :

IA2 : « Au début on avait un médecin de PMI qui était là de temps en temps, mais pas beaucoup. Puis après il y avait plus il n'y avait plus personne. Donc on s'est toujours un peu débrouillées ».

On retrouve également des situations d'interactions positives :

IA7 : « aucun souci puisque c'est vraiment un partenariat et une relation de confiance ».

IA8 : « C'était une bonne ambiance parce que c'est pas mal de médecins jeunes ».

IA5 : « j'en avais deux. Super quoi, enfin, quand on exposait les problématiques, ils étaient à l'écoute. On pouvait parler quoi, il n'y avait pas... ce n'était pas eux les chefs et puis nous les infirmières ».

3. La nécessité de créer un binôme pour pouvoir exercer

Pour débiter leur prise de fonction en tant qu'infirmières déléguées à la santé publique dans le dispositif ASALEE, les infirmières doivent rechercher des médecins avec lesquels elles formeront des équipes de soins. Dans le dispositif ASALEE, la création d'un binôme avec un médecin correspond à un temps de travail de 20 % équivalent temps plein, soit une journée par semaine, pour l'infirmière déléguée en santé publique. Dès lors, selon qu'elle souhaite s'intégrer à temps partiel ou temps complet, elles seront amenées à contacter un ou plusieurs médecins afin de pouvoir initier leur prise de fonction.

Pour certaines infirmières, le critère de choix principal était le lieu géographique, avec pour objectif de limiter le temps de trajet notamment lors d'un exercice en multisites.

IA4 : « Moi la proximité je dirais honnêtement ».

IA3 : « c'est vrai, que le côté proximité a joué aussi ».

IA6 : « Après oui je cherchais quelque chose qui était proche de chez moi ».

IA1 : « Plutôt un critère géographique pour ne pas faire non plus énormément de route ».

Parmi les infirmières interrogées, la connaissance antérieure du médecin a été importante, avec la possibilité d'un médecin initiateur de leur projet d'intégration du dispositif ASALEE :

IA9 : « En fait il y a un des médecins de ville avec qui je suis amie depuis des années. Il m'a dit je suis sûr que ça te correspondrait bien ».

IA5 : « Bah vu que c'est un médecin qui est venu me chercher et vu que j'en connaissais trois sur quatre ça aide ».

IA2 : « Bah moi, je ne me suis pas trop posé la question par rapport au lieu ou quoi que ce soit, comme effectivement, c'est aussi le médecin qui m'avait proposé ».

IA4 : « on s'entendait bien et je me disais que ça serait certainement plus facile ».

D'autres binômes ont également été mis en relation lors de réunions ou par le bouche-à-oreille :

IA3 : « j'ai rencontré le médecin à cette réunion et je lui ai dit... Elle m'a dit « Mais moi, je suis intéressée, mais je n'ai pas d'infirmière ». Et j'ai dit « mais moi, je suis intéressée, mais je n'ai pas de médecin ».

IA6 : « Alors moi oui, j'ai lors... donc de cette réunion j'ai eu l'occasion de rencontrer les médecins ».

IA9 : « Le médecin que je connaissais [...] Il leur a dit que j'étais intéressée. Elle aussi était intéressée. Ça s'est mis en route ».

Des infirmières se sont retrouvées confrontées à des difficultés pour la recherche d'un médecin souhaitant s'inscrire dans le dispositif ASALEE :

IA8 : « ça m'a fait faire des recherches dans la Creuse donc les médecins n'étaient pas forcément intéressés. Il y en a d'autres qui étaient intéressés, mais qui attendaient l'ouverture d'une maison médicale ».

IA1 : « Et après c'est ce qu'on dit oui évidemment [...] Y a ça aussi, et puis après il y a la possibilité aussi. J'ai appelé des médecins qui étaient intéressés, mais qui n'avaient pas la possibilité au niveau des bureaux d'accueillir une infirmière ».

4. Logistique mise à disposition pour l'IDSP

Sur ce point il existe une grande disparité de situations. Pour des infirmières, la possibilité de prendre pleinement possession des locaux est rendue difficile, voire impossible.

IA2 et IA3 décrivent un sentiment de frustration sur l'impossibilité d'appropriation du local :

IA2 : « Là, ici, c'est un bureau partagé [...] Et le souci, et on le voit, c'est que j'aimerais me l'approprier, mais jusqu'à maintenant, je n'y arrivais pas ».

IA3 : « voilà, moi, j'arrive à me dire que ce n'est pas chez moi, donc, c'est mon bureau pour un certain temps dans la journée, point ».

Ce point est également abordé par IA1 sous l'angle de la multiplicité des sites d'exercices :

IA1 : « Après c'est vrai que c'est ce qui est pénible de changer de bureau chaque fois parce bah par exemple quand je fais du sevrage-tabac j'oublie mon testeur de CO2 ».

IA3 et IA4 relèvent dans leur propos une variable financière qui pourrait entraîner une limitation relative au matériel ou au local mis à disposition par le médecin :

IA3 : « On sent une réticence à fournir un peu de matériel, informatique, l'imprimante, des choses comme ça. Là ça tique un peu. Les médecins, en fait, veulent pas trop sortir d'argent, il faut être très clair ».

IA4 : « Non, ils n'ont pas de pièce. Peut-être qu'il y en a parce que c'est quand même grand, mais après... Comme, c'est à la communauté de communes, elle n'a pas voulu demander une pièce parce que du coup voilà... Ça pourrait engendrait des frais ».

Ce manque de matériel ou d'infrastructure peut également être ressenti comme un frein à l'accueil des patients :

IA7 : « alors déjà le bureau est vide parce que je n'ai pas table d'examen et tout ça. Donc ce n'est pas très accueillant ».

IA8 : « Je me balade avec mon sac de sport, avec mes documents. J'ai mon sac itinérant, ce qui est inconfortable. C'est surtout le fait d'être de midi à 15 heures au secrétariat parce que je ne peux pas recevoir ».

Il est décrit également des situations où le bureau mis à disposition de l'IDSP est le bureau du médecin qu'il laisse à disposition quand il est absent du cabinet.

IA4 : « je fais les consultations dans le cabinet du médecin quand elle n'est pas là. C'est plus compliqué à gérer parce que, du coup, même par rapport à la disponibilité des patients, enfin voilà, c'est plus compliqué ».

IA8 : « Alors le médecin consulte les après-midis essentiellement, donc le jeudi matin j'ai son bureau, et je reviens le vendredi matin dans le bureau de l'infirmière libérale ».

Une autre difficulté relevée par des infirmières est l'accès au dossier du patient :

IA6 : « Alors que moi si c'est toujours par rapport à cet accès aux logiciels médicaux ».

IA7 : « Mais moi j'ai aussi le même frein d'accès. Donc en fait c'est pour ça que les premiers rendez-vous soit je fais mon recueil de données avant, quand je suis au bureau du médecin, comme ça j'ai déjà toutes les données médicales, et puis je fixe le rendez-vous après pour pouvoir avoir un minimum de données quoi ».

5. Présentation à la patientèle

Des infirmières nous disent que des médecins ne légitiment pas leur activité auprès des patients.

IA1 IA3 et IA 7 décrivent une non-connaissance du dispositif ASALEE par des patients, due à une non-présentation du dispositif par des médecins :

IA1 : « Mais le problème c'est que parfois j'appelle les gens qui me disent, mais je ne sais pas qui vous êtes. Et infirmière ASALEE on ne connaît pas trop. Quelques fois tu te fais envoyer gentiment, des fois c'est un peu plus ».

IA3 : « L'autre médecin qui ne leur en parle pas, qui me laisse les appeler et qui, en plus, a une clientèle particulière de gens un peu caractériels et tout. C'est compliqué des fois. J'appelle, des fois, je tombe comme un cheveu sur la soupe ».

IA7 : « Alors moi, tout au départ, il me donnait des listes de personnes, mais il ne leur en avait pas du tout parlé. Donc j'appelais les gens et ils étaient complètement... ils ne savaient pas ce que c'était... [...] Tu passais un temps fou à expliquer, et puis ils ne comprenaient pas pourquoi le médecin ne leur en avait pas parlé ».

Des médecins avaient déjà anticipé la venue des infirmières ASALEE et avaient informé leur patientèle de leur arrivée :

IA4 : « Elle leur en a déjà parlé en amont lors de la dernière consultation et après, je contacte les gens directement et leur demande si on peut se rencontrer pour...Pour voir... [...] La problématique soulevée par le médecin. Éventuellement, si elle a expliqué les choses et... et donc voilà et sur donc... oui j'ai tout dit ».

La présentation à la patientèle s'est également parfois effectuée par le biais d'affiches d'information :

IA5 : « On avait vu avec les médecins s'ils étaient d'accord pour qu'on fasse des affiches aussi pour que les patients sachent qu'on est ici ».

Des infirmières ont pu ressentir un frein de la part du médecin pour adresser des patients :

IA4 : « Donc le début a été un peu long parce que, bah, je pense que c'est difficile aussi pour le médecin d'envoyer des patients ».

Pour celles fonctionnant au travers d'un cahier regroupant les patients à rappeler, elles décrivent toutes un travail long et fastidieux, et parfois une perte de vue des patients :

IA5 : « Donc, les médecins notaient le nom, le numéro de téléphone, et pourquoi. Et puis, c'était à nous de les appeler. Et on trouvait ça un peu fastidieux quand même. [...] on avait un carnet. Il y en a plein "on laisse un message", "message laissé" [...] Ils ne rappellent pas forcément." ».

Si le travail de présentation est réalisé en amont par le médecin traitant, la prise en charge est facilitée :

IA3 : « C'est un médecin qui présente bien [...] ASALEE, qui leur explique pourquoi ils doivent venir. Elle leur laisse, je pense, même pas trop le choix. Alors, elle ne leur impose pas, mais elle leur dit il faut aller voir... [...] Eux, ils viennent, ils sont hyper disciplinés, ils sont réceptifs, ils sont appliqués ».

6. Communication interprofessionnelle

Le dispositif ASALEE s'appuie, comme son acronyme l'indique, sur la nécessité d'un travail en équipe. Le travail en équipe peut s'organiser autour de protocoles préétablis où chacun a son propre rôle à jouer, mais s'articule obligatoirement autour d'une communication interprofessionnelle.

La fréquence, la qualité et la durée des réunions sont un sujet sensible pour des infirmières :

IA3 : « Tous les jours ou presque [...] Mais après c'est... c'est très court. C'est sur quelques minutes à chaque fois, mais c'est très régulier. Et demain, j'ai une réunion un petit peu plus longue parce que j'ai dit là, stop ! On se pose ».

On peut voir apparaître dans les retours d'infirmières une forme de superficialité des échanges :

IA4 : « Ah oui oui oui, je l'ai rencontré déjà plusieurs fois. Après, c'est qu'elle est très... Ça va très vite et, c'est compliqué, la communication, mais bon, on va laisser le temps peut être, je ne sais pas, mais voilà, ça va se faire ».

La mise en place de ces réunions est parfois compliquée :

IA2 : « Eh bien moi, voilà, j'ai eu ma première réunion au mois de mars. [...] Tout arrive. Bon, sur les sept médecins conviés, j'en ai eu quatre. Et sur les trois absents, il y en a un quand même qui s'était excusé de ne pas pouvoir être là. Sinon, les deux autres...

Des infirmières mettent en avant la disponibilité immédiate des médecins :

IA2 : « évidemment s'il y a quelque chose avec un patient où il y a besoin d'échanger, ils sont tous, ils vont tous prendre le temps ».

Elles regrettent que cette disponibilité ne soit pas présente sur les autres aspects devant être abordés en réunion :

IA2 : « c'est comme les documents pour l'ARS. Quand je pense que je cours toujours après les documents pour l'ARS, c'est bon quoi, à un moment donné. T'en a un petit peu marre de courir là-dessus ».

Pour des infirmières, le retour d'expérience du vécu des patients est peu abordé :

IA3 : « C'est important aussi pour moi de savoir ce qui va ou ce qui ne va pas. De changer un peu, bah voilà. Il faut non plus attendre que ça fasse 10 ans avant de changer les choses s'il y a des choses qui ne collent pas ».

Cependant, pour des infirmières, la qualité de la relation semble être meilleure dans le dispositif ASALEE que lors des relations antérieures avec certains médecins :

IA9 : « Je suis satisfaite quand même en général de la relation avec les médecins comparée à mes précédentes expériences. Rien à voir ».

7. L'instauration d'une confiance dans le binôme ASALEE

Le retour d'expérience des infirmières ASALEE met en avant l'instauration plus ou moins rapide d'une relation de confiance du médecin envers les infirmières.

Cette relation de confiance favorise la prise d'initiative des infirmières, notamment sur le plan thérapeutique et sur la proposition de soins :

IA7 : « il avait plus confiance en moi et ça m'est arrivé de changer les heures d'insuline ou de séparer en deux et quand il a vu que les résultats étaient nettement meilleurs, et bah maintenant il me laisse faire, enfin voilà il y a une confiance ».

Cette attitude d'intervention au niveau des thérapeutiques n'est pas partagée par l'ensemble des infirmières ASALEE :

IA6 : « Je pense personnellement qu'il ne faut pas qu'on intervienne dans les traitements ».

Certains médecins peuvent être réticents à des modifications proposées par les infirmières déléguées en santé publique :

IA7 : « *Moi en fait j'ai vu que le changement d'insuline il n'aimait pas donc je fractionne pour avoir une meilleure couverture. Là-dessus il ne dit rien. Par contre, quand j'ai essayé de lui dire bah ça serait bien d'avoir une insuline qui... Non* ».

L'amélioration de cette relation avec l'instauration d'une confiance réciproque provient du retour des patients auprès du médecin :

IA1 : « *Je pense qu'ils me font de plus en plus confiance au fur et à mesure... s'ils ont des bons retours des patients* ».

8. Gestion des conflits

La pratique collaborative met en relation un ensemble de praticiens qui représentent autant de singularités. La prise en charge d'un patient par plusieurs intervenants peut entraîner des divergences de point de vue sur la meilleure prise en charge à lui proposer.

Des infirmières nous disent que le médecin aurait forcément le dernier mot s'il venait à se présenter un conflit relatif à la prise en charge d'un patient :

IA3 : « *Moi je pense que c'est le médecin qui décide* ».

D'autres sont plus mesurées, et interprètent la notion de divergence comme étant inéluctable de par la différence de vécu, ce qui peut être une source de richesse :

IA2 : « *on n'est pas forcé d'avoir tous et toutes le même avis, donc après... et puis, on a des regards différents et c'est... enfin, dans nos métiers, c'est quand même ce qui est intéressant : c'est de pouvoir discuter, et puis après, bah, de toute façon, il faut prendre une décision à un moment donné, elle ne conviendra peut-être pas cette fois-ci et la fois d'après, elle nous conviendra ou n'importe. Donc après... des fois, il faut tenter et si ça fonctionne, voilà. Et puis, si ça ne fonctionne pas, on peut peut-être essayer autre chose la prochaine fois* ».

9. Sentiment d'appartenance à une équipe de soins

Le sentiment d'appartenance à une équipe de soins diffère selon les infirmières.

Pour des infirmières, ce sentiment est inexistant devant l'absence d'interaction avec le médecin :

IA1 : « *Une équipe c'est un bien grand mot parce qu'on ne se voit pas. Moi je trouve qu'on ne se voit pas assez* ».

D'autres évoquent une relation nécessitant du temps pour tendre vers un véritable travail d'équipe :

IA2 : « *Chacun a son rôle, mais, dans l'ensemble, après ça fait un... Et, petit à petit, enfin, ça s'affine et ça se peaufine aussi, je dirais, et on prend des... enfin, on prend des habits, enfin des* ».

habitudes, je ne sais pas, mais...Oui, en fonction, on sait comment l'autre fonctionne. Et du coup, eux s'adaptent à notre manière d'être et nous on s'adapte aussi. Et ça permet d'harmoniser et puis de travailler vraiment ensemble, de se mettre des petits mots dans les dossiers des patients ».

Cette notion d'équipe de soin semble évidente :

IA6 : « Bah oui de toute façon il y a un échange déjà de dire le patient... Le médecin nous, nous... [...] Nous confie le patient donc... Oui ».

10. Les freins à un travail d'équipe selon les infirmières

Les infirmières ont énuméré des freins rencontrés ou non durant leur début d'activité qui pourraient constituer pour elles des freins à une pratique collaborative.

Pour IA9, une différence de valeur entre médecin et infirmière est une entrave à une bonne collaboration :

IA9 : « J'ai envie de pointer quand même que malgré mes différences de point de vue surtout avec les médecins [...] il y a quand même beaucoup de choses que je n'adhère pas forcément. C'est dur de dire ça je ne sais pas comment dire ça. Avec leur... oui voilà il y a des choses auxquelles j'adhère pas du tout dans leur fonctionnement et tout ça, mais en même temps ça me regarde à moitié. Mais on arrive quand même à créer une relation et à travailler en équipe ».

L'élément relatif au manque de disponibilité du médecin revient également pour des infirmières, comme un frein potentiel à un travail d'équipe :

IA2 : « Leur surcharge de travail ».

IA3 : « Leur manque de temps ».

IA4 : « Le manque de temps. Parce que s'il n'y a pas d'échanges, on peut pas... on peut pas avancer, je pense ».

Le manque d'investissement financier des médecins en inadéquation avec leurs revenus, ou du moins la difficulté à mettre à disposition du matériel, génère une incompréhension et un sentiment de colère pour IA2 :

IA2 : « ça peut être pour l'achat de matériel, euh pour même des feuilles quand il manque des feuilles, enfin, c'est un peu con, mais voilà quoi. Tu es toujours en train d'aller piailler une feuille, un truc, un désinfectant, euh voilà. Donc... [...] Et que du coup, pour eux moi... moi je pense que c'est surtout ça. C'est ce qui m'énerve, c'est que tu sais que, vu le nombre de consultations et vu aussi certains comme... enfin, le train de vie qu'ils ont tu dis, bah merde quoi ! c'est bon, quoi, ils en sont à un stylo. Après pas tous, mais pas tous. Ça c'est clair, mais il y a quand même euh... Moi je trouve qu'il n'y a quand même... Pas tous mais un peu quand même ».

La non-adhérence du patient au protocole ASALEE représente également un frein aux yeux d'IA3, car sans le patient, pas de travail en équipe :

IA3 : « Ce qui peut être un frein aussi c'est que le patient il n'adhère pas au protocole. Ils ne veulent pas rencontrer l'infirmière et qu'il ait confiance qu'en son médecin. Et c'est tout ».

Sur le plan logistique, le manque d'un lieu commun pour favoriser les échanges est délétère au travail en équipe :

IA5 : « on n'a pas de salle de réunion et on fait à l'arrache. Des fois, c'est un frein, parce que tu voudrais aller bosser sur un thème et que tu es là, sur une chaise, tu n'as pas de quoi écrire, tu ne peux pas refaire un PowerPoint. Enfin, tu vois.  a, ça peut être un frein le local de réunion ».

IV. DISCUSSION

1. Méthode

Ce travail tire son originalité de l'exploration d'un phénomène non étudié. Le choix de l'organisation et l'animation des groupes focus par des pairs ont influencé la libération de la parole et ont limité la peur du jugement. Cet objectif est atteint, avec des participantes qui prenaient parfois le rôle d'enquêtrice pour se questionner entre elles.

Le choix de la réalisation d'un triple codage en code ouvert a probablement permis de limiter la part de subjectivité inhérente à la réalisation du guide d'entretien.

L'effectif restreint des infirmières ASALEE en activité en 2019 dans le département de l'Indre n'a probablement pas pu permettre d'obtenir la suffisance des données pour cette étude.

Il aurait été intéressant de suivre les binômes dans le temps et non pas à un moment figé de leur vécu.

2. Les freins à la collaboration interprofessionnelle

Des infirmières nous rapportent lors des entretiens réalisés la présence d'éléments que nous percevons comme étant de possibles facteurs limitant leur pratique collaborative. Pour Muchielli R, « Savoir travailler en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui se travaille, car l'efficacité collective d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des principes, des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisés pour conduire à la réussite de l'équipe sur le terrain (14) ».

Staffoni L. et al, évoquent des facteurs intrinsèques facilitant la collaboration interprofessionnelle, avec notamment « les valeurs individuelles, comme le respect, la tolérance, la solidarité, la bienveillance, l'estime de soi et des autres, l'empathie, l'humilité, la sagesse, l'ouverture d'esprit, la curiosité, mais également les capacités d'adaptation (15) ».

En plus des éléments cités précédemment, Staffoni L et al, mettaient en avant un facteur primordial qui pouvait à la fois être facilitant et entravant à la pratique collaborative : l'ancienneté et l'expérience des professionnels (15).

L'ouverture à l'échange peut susciter chez les professionnels une remise en question de leurs pratiques habituelles. Du fait de leurs longues expériences, ils peuvent se retrouver piégés dans une forme de routine qui pourrait rendre difficile la prise en compte des apports et compétences des autres.

Dans cette analyse, nous avons choisi de confronter aux données de la littérature l'ensemble des éléments du discours des infirmières qui nous semblent être des freins à la pratique collaborative.

3. Expériences vécues des infirmières ASALEE dans leurs relations avec les médecins avant leur prise de fonction.

Des infirmières décrivent des relations antérieures avec les médecins qui ont pu être source de souffrance. Cette source de souffrance semble provenir d'une forme de hiérarchie. L'hôpital, ou du moins l'organisation hospitalière d'un service, garde, de son histoire récente, une forme de hiérarchie avec « le médecin [...] prescripteur des soins et le médecin-chef de service, le directeur des soins qui participe à la notation de l'ensemble du personnel infirmier et aide-soignant. Ce dernier est donc toujours soumis à deux hiérarchies : infirmière et médicale (16) ».

Néanmoins, cette vision historique d'une relation de hiérarchie stricte tend à s'atténuer suite à l'apparition de la notion de « rôle propre infirmier » (17). Cette notion implique une dualité dans le rôle de l'infirmier avec à la fois un rôle d'accomplissement de tâches médico-déléguées sous subordination d'un médecin, mais également l'accomplissement de tâches autonomes relevant du rôle propre infirmier.

Malgré cette évolution, il persiste, dans les entretiens réalisés par les IDSP, ce sentiment de rôle hiérarchique, bien que ce « rôle propre » permette aux infirmiers de s'affranchir de l'autorité médicale dans « la prise de décision et la mise en œuvre de soins dans le cadre [...] de "diagnostic infirmier" » (15).

À l'heure où la promotion de la santé est à la pluridisciplinarité (16), la culture hiérarchique des services hospitaliers peut entraîner un biais d'interprétation, de la part des médecins et des chefs de service, sur la présence d'un environnement de travail collaboratif corrélé à une communication ouverte, avec à contrario d'autres professionnels paramédicaux pour lesquels la communication interprofessionnelle demeure une problématique (16).

Il n'est pas impossible de penser que ce biais d'interprétation puisse se retrouver dans le champ ambulatoire. Nous supposons que la projection des infirmières dans leur future pratique de collaboration interprofessionnelle est en partie dépendante de leurs relations antérieures avec les médecins. Cet élément peut constituer un frein à la collaboration professionnelle, comme décrit dans le « référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme » (8).

L'un des domaines évoqués dans ce référentiel est la clarification des rôles, avec la nécessité pour l'ensemble des participants à la collaboration interprofessionnelle d'intégrer « les rôles et compétences de manière continue et cohérente dans les modèles de prestation de soin et de service ».

De plus, l'aspect pyramidal descendant avec le donneur d'ordre médecin au sommet de la pyramide, semble être en contradiction avec la nécessité de recourir aux « habilités et savoirs » des infirmiers.

4. La nécessité de créer un binôme pour pouvoir exercer

La question relative au critère principal pour le choix du ou des médecins avec lesquels elles allaient former un binôme a mis en évidence différentes motivations de la part des infirmières. On peut distinguer deux catégories :

- Pour des infirmières, le critère principal était d'ordre pratique, avec l'accent mis sur la proximité géographique. Cet élément semble être indispensable pour elles dans le but d'une amélioration de leurs conditions de travail en limitant au maximum leur temps de déplacement.
- Pour d'autres, la nature de leur relation antérieure avec le médecin avec lequel elles seraient amenées à collaborer, souvent initiateurs, de leur reconversion étaient déterminant de leur choix. Cette connaissance antérieure est décrite comme potentiellement facilitante par des infirmières pour la formalisation d'une équipe de soin.

À l'issue de leur formation, et pour pouvoir débiter leur exercice, les infirmières déléguées en santé publique doivent « démarcher » des médecins afin de constituer des binômes susceptibles de travailler en collaboration. Ce choix d'un médecin est donc une condition sine qua non au début de leur activité. Il est apparu que la création d'un binôme de soin n'était pas une condition suffisante pour faire émerger une collaboration interprofessionnelle.

Cette condition de création de binômes préalablement au début d'activité des infirmières déléguées en santé publique crée une disproportion de pouvoir au sein du binôme à l'avantage du médecin. Le médecin met à disposition de l'infirmière sa patientèle et un lieu d'exercice afin de lui permettre la réalisation de tâches déléguées par le médecin sous sa propre responsabilité. Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (19) (Annexe 4) décrit dans la pratique collaborative des relations dénuées de toute verticalité, ce qui est en contradiction avec cette notion de responsabilité du médecin dont dépend l'infirmière.

Les entretiens mettent en évidence un manque de préparation et de concertation préalable à la formation des équipes de soins. Des infirmières se heurtent parfois à des difficultés pour l'organisation de ces réunions. Il est également fait part de la difficulté pour des infirmières de pouvoir réaliser des réunions préalables à leur début d'activité.

Il n'est pas fait mention dans les entretiens d'une ébauche de formalisation d'un projet de soin centré patient.

5. Logistique mise à disposition pour l'infirmière déléguée en santé publique.

Des infirmières déléguées en santé publique décrivent un ensemble d'éléments pouvant entraîner un frein au plein accomplissement de leur exercice. Elles décrivent notamment la difficulté d'appropriation d'un bureau de travail dédié avec le matériel nécessaire pour la réalisation d'acte complémentaire. Elles rencontrent également sur certains lieux d'exercice une difficulté d'accès au dossier médical du patient et ressentent parfois une réticence du médecin à fournir le matériel nécessaire à leur activité.

Une convention locale ASALEE (Annexe 5) datée de 2016 reprend les engagements acceptés par les médecins pour le déploiement du dispositif ASALEE au sein de leur cabinet (18). Les médecins s'engagent dans le cadre de cette convention à mettre à disposition de l'infirmière un bureau pour l'accueil des patients, mais également à fournir un outil informatique avec accès haut débit et un accès au dossier médical du cabinet afin d'assurer la traçabilité des consultations réalisées et permettre l'annotation du dossier médical.

Cet engagement peut-être à l'origine d'un surcoût initial pour les médecins pour l'accueil des infirmières ASALEE. La prise en compte de cet aspect financier par les médecins a fait l'objet d'un jugement péjoratif de la part d'une des infirmières. Cette problématique financière était déjà évoquée par Vezien C., qui préconisait l'instauration d'aides financières venant de l'association ou de l'ARS comme solution pour pallier le problème d'espace médical (9). Il existe déjà un défraiement de l'ordre de 450 € annuel, à ce jour, pour la prise en charge logistique des charges inhérentes à la présence d'une infirmière (18).

6. Présentation à la patientèle

Des infirmières regrettent principalement un manque de présentation de leur activité. Pour créer une relation de soin avec des patients, les infirmières doivent dépenser une énergie considérable aux recrutements de patients dont le profil de pathologie pouvant intégrer le dispositif ASALEE est présélectionné par le médecin sans information préalable du patient. Certaines ont le sentiment d'un manque de légitimité, ce qui nécessite de citer le médecin lors de leurs appels téléphoniques comme argument d'autorité.

Et pourtant, l'un des engagements des médecins traitants est de présenter le dispositif ASALEE, mais également de recueillir le consentement du patient avant toute prise de rendez-vous avec l'infirmière (18).

Le consortium pancanadien sur l'interprofessionnalité en santé relève d'ailleurs la nécessité pour l'amélioration d'une pratique collaborative de pouvoir « décrire le rôle des autres » professionnels et de recourir de manière appropriée et par « l'entremise de la consultation aux habilités et au savoir des autres » (8). Cette présentation est indispensable à l'intégration du patient au dispositif ASALEE.

L'un des principaux freins de présentation du dispositif ASALEE au patient est l'oubli du médecin à présenter le dispositif (9).

7. Communication interprofessionnelle

Le retour des entretiens sur la communication interprofessionnelle fait apparaître un certain nombre de carences. Ces échanges sont souvent peu fréquents et leur durée n'est pas considérée comme suffisante. Des infirmières parlent du caractère non formalisé de ces réunions, avec souvent une forme de superficialité. Elles évoquent néanmoins une grande disponibilité des médecins sur des problématiques aiguës. Pourtant, la communication interprofessionnelle est un axe majeur, indispensable et indissociable de la collaboration interprofessionnelle.

La convention ASALEE précise l'engagement du médecin vis-à-vis de ce temps d'échange et de concertation. Le médecin s'engage « à tenir dans le courant du mois et par médecin généraliste un équivalent d'une demi-journée de débriefing – concertation, le relevé des temps étant assuré par l'infirmière, dans les conditions prévues par le protocole » (20). Ce temps d'échange est valorisé par l'association ASALEE à hauteur de la rémunération de 12 consultations par mois (18).

Le référentiel national (pancanadien) de compétences en matière d'interprofessionnalisme décrit la communication interprofessionnelle comme un pivot venant soutenir une pratique en collaboration professionnelle. Il recense plusieurs sous-domaines de compétences relatifs à la communication interprofessionnelle que l'ensemble des professionnelles doivent être en mesure de réaliser. D'après le référentiel, « les professionnels sont en mesure :

- De mettre en place des principes de communication adaptés au travail en équipe
- D'écouter activement les autres membres de l'équipe, y compris les personnes et leurs proches
- De communiquer de manière à ce que tous aient une même compréhension des décisions relatives aux soins et services
- De développer des relations de confiance avec les personnes, leurs proches ainsi qu'avec les autres membres de leur équipe
- D'utiliser les technologies de l'information et des communications de manière efficace afin d'améliorer les soins et services interprofessionnels centrés sur la personne et la communauté et, ce faisant, d'aider les membres de l'équipe :
 - o À identifier les objectifs partagés
 - o À élaborer de manière concertée les plans de soins partagés
 - o À soutenir la prise de décision partagée
 - o À partager les responsabilités de soins entre les membres de l'équipe
 - o À démontrer du respect envers tous les membres de l'équipe, y compris la personne et ses proches (8) ».

La qualité de la collaboration interprofessionnelle peut avoir un impact sur la prise en charge des patients et notamment sur la sécurité du patient. Le défaut de communication, ou une communication qualitativement insuffisante sont la première cause d'erreur médicale (21).

Dans les éléments rapportés dans les entretiens, on retrouve l'utilisation d'outils technologiques de communication. Ces éléments sont décrits comme favorisant une communication indirecte au détriment parfois de temps d'échanges, et ne viennent pas en complément de réunion concertée régulière.

L'absence de lieu commun pour le déroulement des réunions est également ressentie comme un frein à la communication interprofessionnelle.

8. L'instauration d'une confiance dans le binôme ASALEE

Les binômes étudiés au cours des entretiens sont des binômes en construction (3) avec une ancienneté inférieure à 18 mois. Des infirmières décrivent néanmoins l'instauration progressive d'une confiance de la part du médecin. Cette confiance favorise la prise d'initiative des infirmières dans leur pratique.

Elles décrivent une forme de réticence de la part du médecin sur certains sujets, notamment celui de la thérapeutique et leurs remises en question proposées par les infirmières.

Cette confiance s'installe et se développe avec le temps, mais également avec le retour des patients sur leurs expériences.

Beaulieu et al définissent la confiance comme étant « au cœur de la collaboration entre médecins et entre ceux-ci et les infirmières. Elle est basée sur la perception de la compétence de l'autre et est en lien avec les connaissances de son champ de pratique (22) ». Le corollaire de cette définition est la difficulté pour deux professionnels de santé qui ne se connaissent pas de collaborer avec pour effet un faible sentiment d'appartenance à une équipe de soin (23). Développer cette notion de confiance entre les différents professionnels est indispensable pour tendre vers la « collaboration active » (23). Cette confiance apparaît dans le modèle à 4 dimensions de collaboration (Annexe 6), et plus précisément, dans la notion d'intériorisation où chaque professionnel de santé a également conscience d'une interdépendance (21).

Jones et George proposent pour leur part « que pour que les organisations aient la capacité d'une réelle synergie entre leurs membres, conduisant au développement de connaissances tacites qui ne peuvent être traduites en règle ou en routines, les individus doivent développer une confiance inconditionnelle. [...] Il faut du temps, des efforts et des ressources considérables pour établir et maintenir une confiance inconditionnelle (24) ».

9. Gestion des conflits

Cette thématique a été très peu développée lors des entretiens.

Pour certaines infirmières, le médecin est l'ultime décisionnaire et en cas de divergence d'opinions, elles se retrancheront derrière l'avis médical.

Pour d'autres, elles tenteront d'apporter des arguments pour convaincre le médecin.

Il n'est pas fait mention dans les entretiens de la mise en place de stratégie de gestion et de résolution des conflits. Le Larousse définit le conflit comme une violente opposition de sentiments, d'opinions, d'intérêt.

Le conflit interprofessionnel survient généralement lorsqu'un intervenant ressent une perte de son pouvoir professionnel en raison d'une non-reconnaissance perçue ou réelle de son rôle ou d'une hiérarchie installée au sein de l'équipe (10).

Pour résoudre des conflits interprofessionnels, les professionnels de santé doivent adopter « une approche constructiviste de la résolution de conflits :

- En appréciant la nature potentiellement positive des conflits ;
- En reconnaissant les risques de conflit et en prenant des mesures constructives pour y faire face ;
- En identifiant les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits, notamment l'ambiguïté concernant les différents rôles, les contraintes hiérarchiques et des objectifs divergents ;
- En connaissant et en maîtrisant des stratégies de gestion de conflits ;
- En établissant des procédures pour résoudre les différends ;
- En travaillant concrètement à la gestion et à la résolution des différends, notamment en analysant leurs causes et en s'employant à y trouver une solution acceptable ;
- En créant un environnement propice à l'expression d'opinions différentes ;
- En atteignant un niveau de consensus entre les tenants d'opinions diverses et en permettant à tous les membres de l'équipe de sentir que leur opinion a été entendue, quel que soit le dénouement (8) ».

Saltman et al, décrivent quatre façons de gérer les conflits :

- « Éviter ou nier l'existence d'un conflit
- S'accommoder ou laisser l'autre partie décider totalement
- Concurrence ou recherche agressive de moyens pour remporter votre victoire
- Collaboration ou recherche active de vos propres intérêts sans perdre de vue l'intérêt des autres (25) ».

Ce dernier point nécessite un temps d'échange plus important pour parvenir à un consensus. Sans communication entre les différents intervenants, cette méthode de gestion de conflit est énergivore.

10. Sentiment d'appartenance à une équipe de soin

Ce sentiment d'appartenance à une équipe de soin est très disparate selon les infirmières. Il existe un éventail de réponses allant de l'absence d'équipe, à un sentiment bien présent, en passant par des propos plus mesurés mettant en avant la temporalité pour la création d'une équipe de soins. Ce sentiment d'appartenance à une équipe de soin devrait pourtant être perçu comme une donnée indissociable à une pratique collaborative.

« Une équipe de soins doit devenir un lieu d'évolution personnelle et professionnelle, un lieu où on tend vers l'amélioration et l'excellence, donc un lieu de circulation des connaissances où les uns se mettent à l'école des autres pour améliorer leurs techniques, pour mettre à jour leur mode de fonctionnement (26) ».

11. Pour aller plus loin

Fort de la mise en évidence de ces éléments entravant la pratique collaborative interprofessionnelle, plusieurs changements pourraient rééquilibrer ces interactions. D'Amour décrit trois conditions nécessaires à l'élaboration d'une véritable collaboration. Ces conditions sont le partage d'« un projet commun », la « confiance » réciproque et le « sentiment d'appartenance à une équipe » de soin, mais également la formalisation de ces relations « sous la forme d'ententes négociées et consensuelles (25) ».

La première préconisation s'inspirant de la littérature, et notamment des travaux recensés par le consortium pancanadien, est la programmation de réunions pour clarifier les rôles de chacun (8), associée à la réflexion d'une ébauche d'organisation de travail commune.

Une formation des praticiens sur la pratique collaborative pourrait être une approche intéressante.

En Suisse, Staines A. aborde comme une nécessité le développement d'un programme national visant à renforcer les compétences sur la communication et le travail en équipe des professionnels (26).

D'autres auteurs comme Gallant S. et al, soulignent que la construction de programmes d'éducation à l'interprofessionnalité ont un impact sur la perception des pratiques collaboratives pour les participants (27).

Introduire dans les études en formation initiale en santé, des temps d'enseignements communs pourrait être une des solutions pour faciliter des rencontres. Elles permettraient des temps d'échange sur les pratiques, mais également développeraient des connaissances sur les rôles respectifs des futurs professionnels.

Déconstruire également le sentiment de dépendance des infirmières ASALEE aux médecins semble indispensable. Pour permettre une forme d'« affranchissement » des infirmières ASALEE, sur l'aspect financier, il nous semblerait primordial de doter les infirmières

ASALEE d'un budget global de fonctionnement, afin qu'elles puissent couvrir les dépenses liées à leur activité.

De la même manière, supprimer cette notion de tâche médico-déléguée ou tout du moins favoriser un glissement de ces tâches vers celui du « rôle propre » infirmier pourrait aider à équilibrer les relations entre médecins et infirmières dans le dispositif ASALEE.

Une implication plus prononcée de l'ensemble des professionnels, avec un rapport de pouvoir plus équilibré, pourrait favoriser une maturation plus précoce des binômes, renforcer l'efficacité du dispositif ASALEE et le sentiment d'appartenance à une équipe de soins.

V. CONCLUSION

L'introduction du dispositif ASALEE laisse apparaître, 18 mois après sa mise en application dans le département de l'Indre, des carences concernant la collaboration interprofessionnelle. Ces carences peuvent expliquer en partie le sentiment de souffrance ou de colère liées aux interactions entre médecins et infirmières.

Frimousse S et al, évoquent 3 conditions préalables qui conditionnent « la réussite de l'intelligence collective dans le but de développer les pratiques collaboratives » (30). Ces conditions sont :

- « Le changement : les personnes doivent être sensibilisées au besoin de changer et désireuses de mettre à contribution leurs idées au service d'un intérêt ou d'un objectif commun pour créer une nouvelle pratique qui sera coconçue répondant ainsi au besoin de changement.
- La confiance : pour que l'intelligence collective puisse aboutir à des idées constructives permettant au groupe d'aller de l'avant, un partage préalable de la confiance est requis. En effet, pour œuvrer ensemble, il faudrait faire confiance au groupe et cultiver une attitude empathique basée sur l'échange et l'esprit collaboratif.
- La maturité : le groupe doit au préalable être mature. L'une des conditions de maturité d'un groupe est sa capacité à créer des liens dans le but de coopérer. Cela suppose que chacun s'approprie l'objectif et/ou l'intérêt commun en mettant de côté ses objectifs individuels (30) ».

Les difficultés observées dans la pratique collaborative des infirmières interrogées peuvent prendre source dès la mise en relation des deux professionnels de santé, avec un temps de préparation insuffisant, voire inexistant, et sans essai de projection sur leur activité future. La notion même de pratique collaborative semble méconnue, et les engagements des professionnels de santé peu respectés.

Pour améliorer cette notion, la mise en place de formation, d'éducation, dès la formation initiale des professionnels qui seront amenés en collaboration paraît indispensable.

Un dernier élément, bien qu'insoupçonné au départ, semble lié à la notion même de tâche médico-déléguée sous supervision du médecin référent, ce qui semble en contradiction même avec la notion de collaboration interprofessionnelle. Lever cette notion même de tâche médico-délégué semble un prérequis à l'élaboration d'une pratique collaborative.

Mais nous avons bien conscience de la difficulté de la mise en place d'un tel dispositif pour que celui-ci soit d'emblée consensuel en l'absence de formation initiale des médecins à l'interprofessionnalité. Il faut apprécier le caractère existant de ce dispositif et son apport novateur pour le soin primaire, mais il ne satisfait pas complètement tous les acteurs de soins impliqués.

En parallèle, un nouveau métier s'installe avec les infirmières en pratique avancée. Ce nouveau métier se définit par de nouvelles compétences infirmières. Elles pourraient être une opportunité pour redéfinir le champ de compétence des infirmières ASALEE et ainsi renforcer leurs pratiques en collaboration.

SOURCES

1. Protocole de coopération ASALEE [Internet]. [cité 3 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/protocole-de-cooperation-asalee>
2. ÉVALUATION ASALÉE : DAPHNEE. Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation. Évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée [Internet]. [cité 3 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/protocole-d-evaluation.html>
3. Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. Questions d'économie de la santé [Internet]. févr 2019 [cité 3 juill 2021];(239). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/communiques/185-des-organisations-et-des-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.html>
4. 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 Econ Polit. 4 oct 2019;Vol. 129(4):489-524.
5. Louis Simonet M. Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-579/collaboration-interprofessionnelle-et-pratique-collaborative-en-milieu-hospitalier-un-veritable-defi>
6. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.
7. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. Bull Médecins Suisses. 31 oct 2018;99(44):1524-9.
8. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [Internet]. [cité 3 juill 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/16510820-Referentiel-national-de-competences-en-matiere-d-interprofessionnalisme.html>
9. Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente - UPhèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/58380>
10. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Londe JG de la, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global media santé; 2021. 192 p.

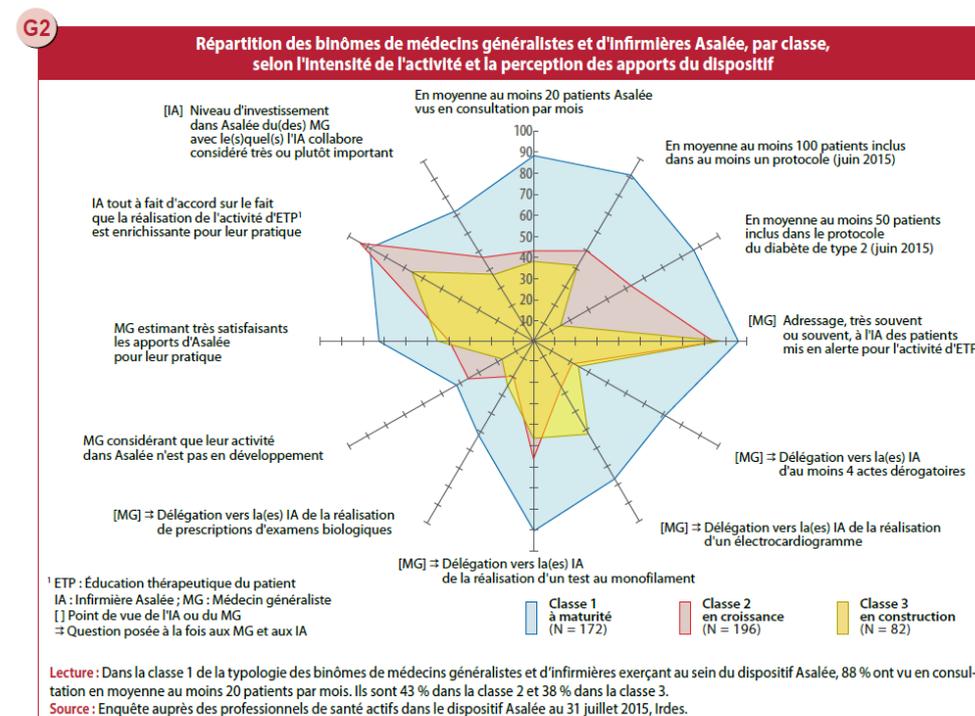
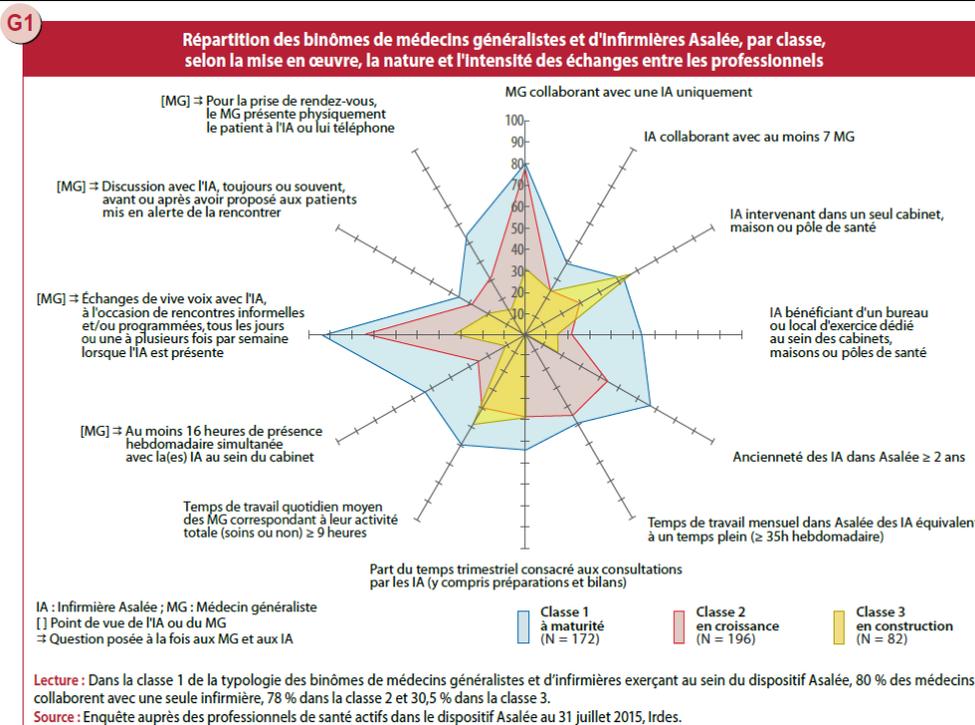
11. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. The phenomenological focus group: an oxymoron? *J Adv Nurs.* mars 2009;65(3):663-71.
12. Gardien E, Héas S, Laval C. L'accompagnement par les pairs Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap [Internet]. 2019 [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02314675>
13. Recherches impliquant la personne humaine - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
14. Mucchielli R. Le travail en équipe - Clés pour une meilleure efficacité collective. ESF Editeur. 2007. 208 p. (Formation permanente).
15. Staffoni L, Schoeb V, Pichonnaz D, Greppin Bécherraz C. Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnelles de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? [Internet]. [cité 12 août 2021]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/316143702_Collaboration_interprofessionnelle_comment_les_professionnelles_de_sante_interagissent-ils_en_situation_de_pratique_collaborative
16. Picot G. Le rapport entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : continuités et changements. *Cah Genre.* 1999;26(1):121-30.
17. Higounenc C, Lattes J-M. Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 Juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés. *Droit Soc.* juill 2014;(n°7-8):661-7.
18. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
19. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. 2014.
20. Convention locale ASALEE [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/282392/convention-locale-asalee-identification-des-signataires-e...>
21. Sécurité du patient : la HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins
22. Beaulieu M-D, Besrou S. L'implantation des Groupes de médecine de famille : un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration Interprofessionnelle - Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec [Internet]. RCPS-CHWN. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.hhr-rhs.ca/fr/component/mtree/french/l-implantation-des-groupes-de-medecine-de-famille-un-defi-de-la-reorganisation-de-la->

pratique-et-de-la-collaboration-interprofessionnelle-etude-de-cas-dans-cinq-gmf-de-la-premiere-vague-au-quebec.html

23. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 21 sept 2008;8(1):188.
24. Jones GR, George JM. The Experience and Evolution of Trust: Implications for Cooperation and Teamwork. *Acad Manage Rev.* 1 juill 1998;23(3):531-46.
25. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J.* janv 2006;82(963):9-12.
26. Phaneuf M. Le Travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance [Internet]. 2013. Disponible sur: : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Le-travail-dequipe-.pdf>
27. D'Amour D. Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? *Ruptures Rev Transdiscipl En Santé.* 2001;8(1):136-45.
28. Staines A, Vincent C. Améliorer la qualité et la sécurité des soins en suisse [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://fr.readkong.com/page/am-liorer-la-qualit-et-la-s-curit-des-soins-en-suisse-2261961>
29. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Rech Soins Infirm.* 2011;N° 106(3):40-6.
30. Frimousse S, Peretti J-M. Comment développer les pratiques collaboratives et l'intelligence collective. *Quest Manag.* 2019/3(25):134.

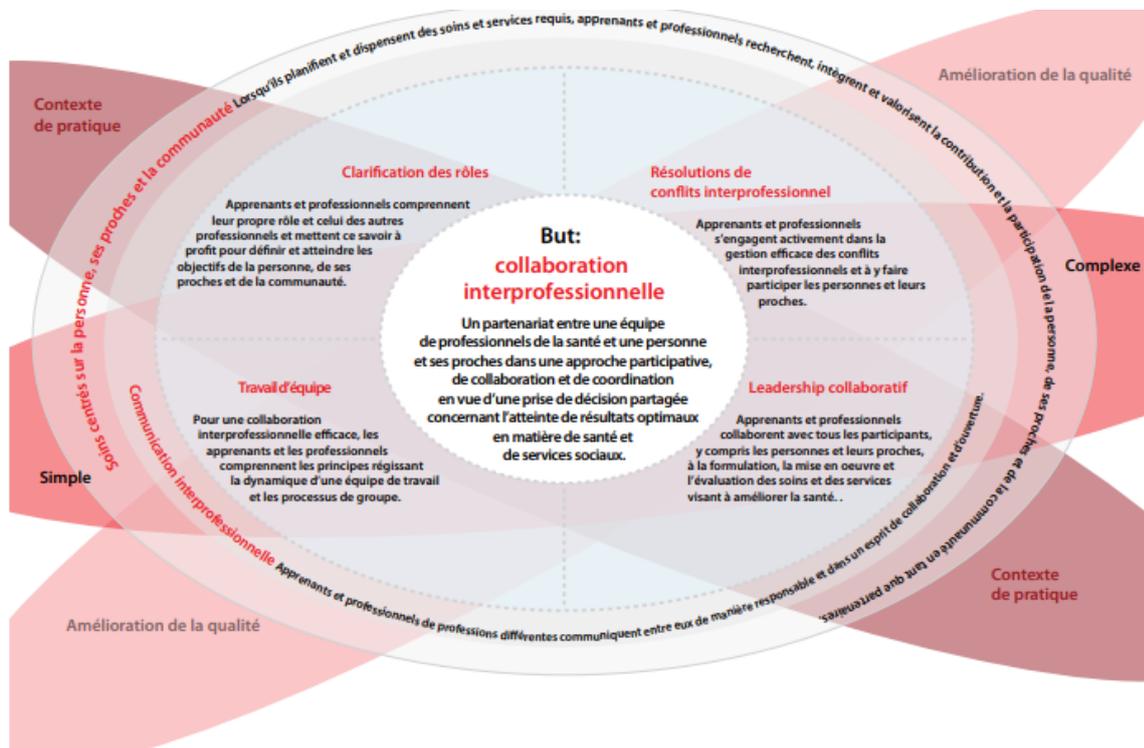
ANNEXES

Annexe 1 : Effet de la typologie des binômes ASALEE sur les échanges interprofessionnels et sur la perception des apports du dispositif.



Source : Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes.

Annexe 2 : Schéma synthétique reprenant l'ensemble des domaines et sous domaines de la collaboration interprofessionnelle décrits par le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité en santé.



Source : Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme

Guide d'entretien groupe focus infirmière ASALEE.

Note : Ce guide d'entretien pour focus group suggèrent des sujets de discussions et questions, mais vous êtes encouragés à modifier et adapter en fonction de la dynamique de discussion.

ASTUCE :

Pour le modérateur :

- Indiquer à chaque participant de débiter sa réponse en se présentant
- Encourager la participation de tous
- Obtenir plusieurs réponses pour chaque question

Accueil et introduction :

« Merci d'être venu. Je vous suis très reconnaissant pour votre temps. Vous allez participer à une discussion permettant l'élaboration d'une thèse doctorale étudiant les relations entre médecin et infirmières ASALEE dans le département de l'Indre, du point de vue des infirmier(e)s.

Je souhaiterais que l'ensemble de la discussion puisse être enregistré afin de pouvoir tout prendre en note et ne négliger aucune idée ou aucun problème qui pourrait être mentionné. L'ensemble des noms sera anonymisé lors de la retranscription en verbatim de l'enregistrement.

Volontairement je ne serai pas présent lors de cette discussion afin de limiter l'impact que pourrait avoir ma présence en tant qu'observateur sur le déroulement de la discussion. Les détails de ces discussions ne seront partagés avec personne d'autre, vos noms seront gardés confidentiels et personne d'autre ne saura qui a dit quoi durant la conversation. Je vous prie de vous sentir libre d'exprimer ouvertement vos opinions. Si vous n'êtes pas confortable avec cet arrangement vous n'êtes pas obligé de participer. Les opinions, les idées et les expériences de chacun sont très importants ».

Question :	Phrase de relance :	Commentaire
Pourriez-vous présenter votre parcours depuis l'obtention de votre DE?		Question de chauffe pour permettre un tour de table. Tous le monde doit participer.
Avant votre début d'activité au sein de l'association ASALEE comment imaginiez-vous votre activité future ?		
Avant votre début d'activité au sein l'association ASALEE comment cela se passait avec les médecins avec qui vous avez travaillé?		
Quels ont été vos critères pour choisir les cabinets ou vous	Aviez-vous des critères concernant le choix des	

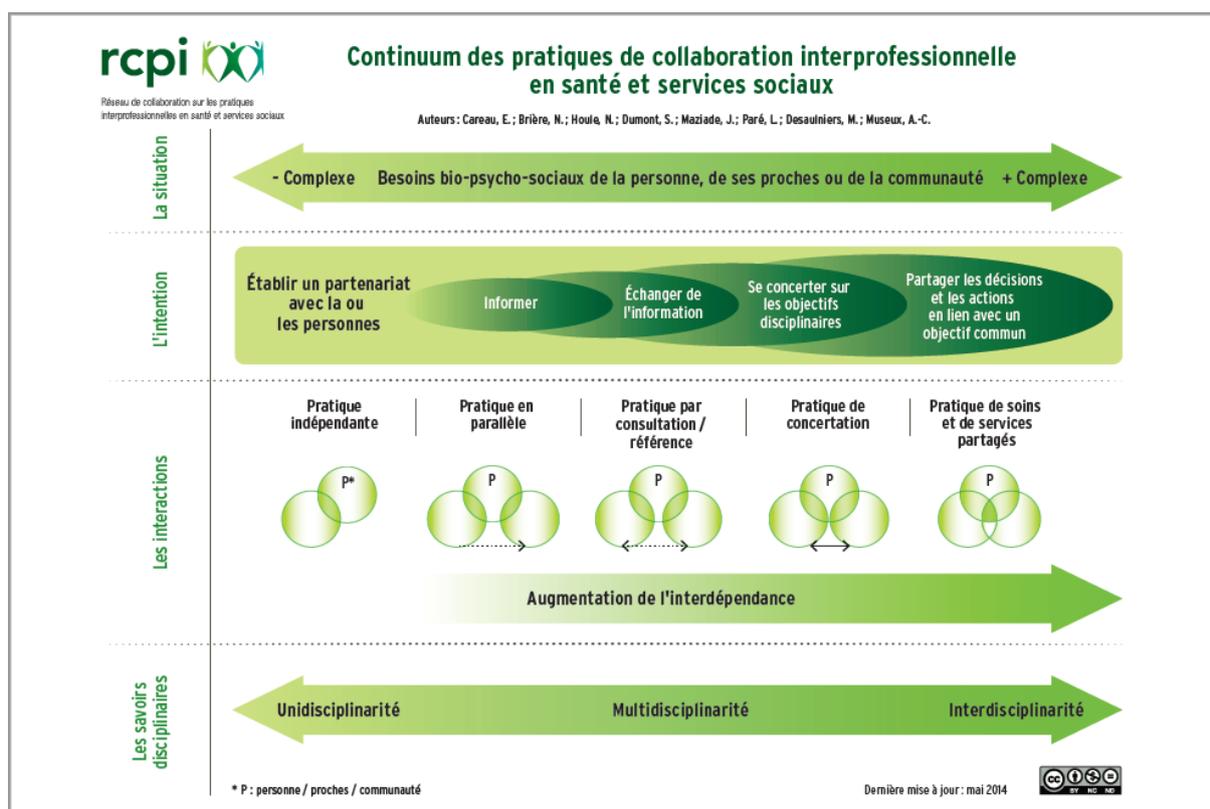
<p>travaillez maintenant ?</p>	<p>praticiens ? Lesquels ?</p> <p><u>Que recommanderiez-vous aux futures infirmières ASALEE avant leurs installations ?</u></p>	
<p>Comment trouvez-vous les locaux mis à votre disposition ? Quand pensez-vous ?</p> <p>Avez-vous fait des aménagement des locaux ?</p> <p><u>Vous sentez-vous chez vous ?</u></p>	<p>Possédez-vous les clés du cabinet ? Pourquoi ?</p>	
<p>Au début de votre activité en tant qu'infirmière au sein de l'association ASALEE comment se sont déroulées les premières semaines avec les médecins généralistes ?</p>	<p>Comment s'est effectuée votre présentation à la patientèle ? Comment se font les prises de rendez-vous ? Comment les patients vous sont-ils adressés ? Qu'en pensez-vous ? <u>Cela vous convient-il ?</u></p>	
<p>Comment organisez-vous votre travail ?</p>	<p>L'emploi du temps du médecin généraliste interfère-t-il dans votre organisation ? Comment ?</p>	
<p>Avez-vous régulièrement des réunions avec les médecins ? Pouvez-vous raconter ? De quoi parlez-vous ? Êtes vous satisfaite ? Si vous deviez changer quelques chose, que changeriez-vous ?</p>	<p>- A quelle fréquence ? - Sont-elles régulières ? Qu'en pensez-vous ? Que pensez-vous de la disponibilité des médecins ? Que voudriez-vous changer ?</p> <p>- Sur quel mode sont-elles réalisées ? Qu'en pensez-vous ?</p>	
<p>Comment vous organisez-vous pour parler d'un patient précisément avec son médecin traitant ?</p> <p>En général quelles problématiques sont abordées</p>		

<p>lors de ces discussions ?</p> <p>Profitez-vous en pour faire des propositions de soins ? De quels types sont-elles ? <u>Imaginons que vous soyez un jour en désaccord avec le médecin sur une proposition de soin que feriez-vous ?</u></p> <p>Comment appelez-vous votre activité avec le patient ?</p> <p>Avez-vous déjà fait une consultation avec le médecin ? Comment cela s'est-il passé ? Qu'en pensez-vous ?</p>	<p><u>Est-ce une consultation ?</u> Pourquoi ?</p>	
<p>Formez-vous une équipe de soins avec l'ensemble des praticiens avec lesquelles vous êtes en collaboration ? - pourquoi ?</p>	<p>- Quels pourrez-être selon-vous les freins à un travail en équipe ? Rencontrez-vous ces freins dans votre activité ?</p> <p>- Avez-vous eu des retours des médecins de vos entretiens avec les patients ? Comment ? De quelle nature ?</p> <p><u>- Pensez-vous que les médecins se déchargent trop sur vous ? Notamment concernant les patients les plus difficiles ?</u></p>	
<p>- A présent dites vous toujours les patient du Dr ou vos patient ? Pourquoi ?</p>		
<p>A présent, comment qualifieriez-vous la relation avec les praticiens des cabinets ou vous exercez ?</p>		
<p><u>D'après vous que pensent les médecins généralistes avec qui vous travaillez du dispositif ASALEE ?</u></p>	<p>Qu'en pensez-vous ?</p>	
<p>Que pensez-vous des praticiens avec lesquels vous travaillez ?</p>		

Avez-vous des éléments concernant la relation médecin-infirmier qui non pas été abordés ici et qui selon vous devraient être ajoutés à cette discussion ?	Qu'avez-vous pensez de cette réunion ?	Ne pas hésiter à demander aux autres participant de répondre à la question si elle vous semble pertinente
---	--	---

Laisser continuer l'enregistrement jusqu'au départ des infirmière, les discussions off peuvent apporter des renseignements supplémentaires

Annexe 4 : continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux



Sources : Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. 2014.

Annexe 5 : Convention ASALEE

Convention locale ASALEE 2016

Vu l'article 44 de la loi n°2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;

Vu le code de santé publique, notamment les articles L4011-1 et suivants, issu de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'avis favorable avec réserves de la Haute Autorité de Santé, en date du 22 mars 2012, sur le protocole de coopération professionnelle ASALEE concernant la réalisation d'actes médicaux (listés dans grille du protocole jointe en annexe 4) réalisés en secteur libéral par des infirmières IDE (délégués) validés par des médecins généralistes (délégants) ;

Vu l'avis du 25 juin 2014 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux modifications concernant le protocole de coopération « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné ».

Vu l'arrêté de l'Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes du 18 juin 2012, n°2012/000623 portant autorisation du protocole de coopération ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmières IDE (délégués) validés par des médecins généralistes (délégants) ;

Vu la Convention d'inclusion du protocole ASALEE dans les nouveaux modes de rémunération en date du 5 novembre 2012 ;

Vu l'arrêté de l'Agence Régionale de Santé de la région Ile de France en date du 28 août 2012 ;

Vu la convention locale ASALEE 2015, adoptée par la commune lors de son conseil municipal du 09 février 2015,

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE – PRESENTATION D'ASALEE ET CONTEXTE DE LA PRESENTE CONVENTION

La finalité des actions de l'association ASALEE est d'améliorer la qualité du service rendu en ville aux patients atteints de pathologies chroniques par le développement de collaborations entre des infirmières dits délégués à la santé publique et des médecins généralistes de ville.

ASALEE a pris naissance en 2004 dans le département des Deux-Sèvres (79), puis s'est étendu géographiquement. Fin 2011, l'expérience était ainsi en cours dans près de 60 cabinets médicaux de médecine générale, mobilisant 130 médecins généralistes, 25 infirmières, pour

117.000 patients dont 71.000 pouvaient être concernés par l'un ou l'autre des protocoles en place.

Initialement, l'objectif d'ASALEE était d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, par une collaboration entre médecins généralistes et infirmières. Les infirmières se voient confier par les médecins généralistes la gestion de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique selon un protocole bien défini.

L'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi s'est ensuite enrichi en protocolisant des délégations d'actes et d'activité avec les infirmières, afin qu'ils puissent suivre davantage de patients, en particulier dans des zones jugées sous-denses ou déficitaires du point de vue de la démographie médicale. L'articulation plus formelle de l'intervention de plusieurs professionnels devrait aussi permettre de gagner à la fois en qualité et en efficacité.

Dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST, l'association a ainsi élaboré des protocoles de délégation d'actes et d'activités (coopération) entre le médecin généraliste et l'infirmière pour deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire) (cf. annexe 4). L'avis favorable rendu par la HAS le 22 mars 2012 et l'autorisation donnée par l'ARS Poitou-Charentes le 18 juin 2012 rendent désormais possible l'exécution du volet dérogatoire de ces protocoles de coopération.

La convention nationale fixe les modalités d'insertion du « dispositif ASALEE », comprenant le protocole de coopération et l'éducation thérapeutique, dans les expérimentations relatives aux nouveaux modes de rémunération prévus par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (ENMR) et qui s'achèveront fin 2014. Pour chacune des pathologies citées, la prise en charge dans le dispositif ASALEE prévoit, outre la prise en charge déléguée prévue par le protocole (module 3), des consultations d'éducation thérapeutique selon un protocole bien défini (module 2). Le pilotage global comme local du dispositif s'inscrit dans celui des ENMR.

Sous réserve du respect des règles fixées par la convention nationale, la présente convention vise à désigner localement les centres de santé où des médecins généralistes et des infirmières mettront en œuvre le dispositif et à préciser les conditions de sa montée en charge.

Cette convention est conclue entre le promoteur et le gestionnaire des centres de santé participants au dispositif. Elle constitue un cadre local, technique et budgétaire, pour le déroulement de l'expérimentation.

Elle se constitue de trois parties.

- la première partie est consacrée aux règles de mise en œuvre du dispositif dans le cadre des ENMR ;
- la seconde partie est consacrée aux règles budgétaires et financières
- la dernière partie contient des dispositions diverses

ARTICLE 1^{ER} : REGLES D'APPLICATION DE LA PRESENTE CONVENTION

La présente convention organise le déploiement du protocole ASALEE entre les parties signataires.

Les stipulations de la présente convention qui ne sont pas compatibles avec la convention nationale susvisée sont nulles et non avenues.

Toute modification de la convention nationale entraînant un changement substantiel dans les conditions de déploiement du protocole Asalée nécessite la conclusion d'un avenant à la présente convention.

La modification substantielle ne peut être constatée par l'association ASALEE par l'envoi, à l'ensemble des signataires, d'une lettre recommandée avec avis de réception

A défaut d'un accord sur le contenu de cet avenant, la présente convention pourra être résiliée dans les conditions prévues à l'article 13.

PARTIE I : REGLES D'INCLUSION ET DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

ARTICLE 2 – CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

L'inclusion des patients dans le dispositif de la présente convention est conditionnée à des critères d'inclusion liés à leur état de santé et précisés à l'annexe 1.

L'intégration du patient dans le dispositif de la présente convention se fait par prescription de son médecin traitant, qui doit être inclus dans le dispositif et dont la structure employeur doit avoir signé la présente convention avec l'association ASALEE et l'agence régionale de santé dont il relève l'autorisant à intégrer des patients au dispositif ASALEE

ARTICLE 3 : ROLE DU MEDECIN GENERALISTE ET DE L'INFIRMIERE

Le médecin généraliste, qualifié de « délégrant » et l'infirmière, qualifié de « délégué », accomplissent les activités et actes suivants dans le cadre du dispositif :

- **Le médecin généraliste – délégrant**
 - Lors d'une consultation, le médecin généraliste, après avoir exposé le principe et les règles du protocole au patient répondant aux critères décrits dans l'article 2 et lui avoir remis la brochure (figurant dans le protocole en annexe 4) lui propose d'intégrer le programme;
 - Après l'accord du patient, un rendez-vous est pris avec l'infirmière pour une ou des consultations selon le protocole concerné.

- **L'infirmière – déléguée**

- réalise l'état des lieux des données médicales disponibles dans les dossiers des patients et les complète le cas échéant conjointement avec le médecin généraliste ;
- identifie en collaboration avec les médecins généralistes la population éligible aux différents protocoles pour chaque cabinet ;
- indique des alertes dans les dossiers des médecins généralistes pour solliciter la réalisation d'exams ou compléter des données ;
- recueille le consentement exprès du patient à travers le formulaire présenté dans le protocole en annexe 4
- organise et tient des sessions d'éducation et de dépistage prévues dans le cadre des protocoles ;
- évalue chaque consultation.

Le rôle des différents acteurs est détaillé dans le protocole à l'annexe 4 de la présente convention.

ARTICLE 4 – REGLES RELATIVES AU DECOMPTE DES INFIRMIERES PARTICIPANT

1. Le décompte des infirmières participant au dispositif se fait par équivalent temps plein (ETP). Celui-ci correspond à 1607 heures par an, quel que soit le statut des infirmières et la forme de leur rémunération. Un équivalent temps plein peut être assuré par plusieurs infirmières.
2. 0.2 équivalent temps plein infirmière peut être déployé pour chaque médecin participant à l'expérimentation.
3. Chaque équivalent temps plein infirmière doit avoir, en année pleine, rencontré 1205 patients « ASALEE », répartis dans les différents protocoles.

ARTICLE 5- MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

L'évaluation du dispositif de la présente convention s'inscrit dans le cadre de celle des expérimentations prévues par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Cette évaluation vise à mesurer l'impact de la mise en œuvre du protocole sur :

- le temps médical disponible et sur son utilisation par les médecins généralistes participants ;
- l'offre de soins infirmiers sur le territoire considéré ;
- la consommation de soins et de biens médicaux des patients inclus ;
- l'état de santé des patients.

Le cabinet médical est informé que l'Association ASALEE s'est engagée à fournir sur demande tous les éléments nécessaires à cette évaluation, sur simple demande de la CNAMTS du Ministère de la Santé ou de l'organisme à qui cette évaluation aura été confiée.

Avec le concours des infirmières, les médecins généralistes signataires transmettent chaque année à l'agence régionale de santé à fins d'évaluation les documents mentionnés à l'article 7.

ARTICLE 6 – DEPLOIEMENT

Pour l'année 2016, 1 équivalent temps plein infirmière réparti entre le (ou les) infirmières des centres de santé qui auront adhéré au protocole de coopération peut être déployé auprès du (ou des) médecin(s) généraliste(s) des centres de santé qui auront adhéré au protocole de coopération ASALEE.

Toute modification de la liste fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

ARTICLE 7 – ENGAGEMENT DES PARTIES

ARTICLE 7.1 – ENGAGEMENT DES MEDECINS GENERALISTES

Le (ou les) médecin(s) généraliste(s) des centres de santé incluent dans le protocole s'engage(nt), outre l'application du protocole ASALEE décrit dans les articles susvisés :

- A mettre à disposition de l'infirmière un bureau pour recevoir les patients ;
- A mettre à disposition de l'infirmière un ordinateur avec accès internet haut débit et un accès au dossier médical informatisé du cabinet, lui permettant de noter le résultat des consultations qu'elle a tenues, et d'y consulter les rendez-vous pris par le (ou les) médecin(s) généraliste(s) ;
- A tenir dans le courant du mois et par médecin généraliste un équivalent d'une demi-journée de débriefing – concertation, le relevé des temps étant assuré par l'infirmière, dans les conditions prévues par le protocole ;
- A effectuer, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les démarches de déclaration prescrites par la Loi de 1978 et à transmettre la réponse de la CNIL à l'Association ASALEE ;
- A superviser la collecte du NIR des patients intégrés dans les protocoles ASALEE, leur information et le recueil de leur consentement exprès, conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat ;
- A superviser la transmission du NIR des patients intégrés dans les protocoles ASALEE à l'assurance maladie conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat ;
- A transmettre chaque année un rapport de mise en œuvre de l'expérimentation à l'agence régionale de santé suivant un modèle-type national que celle-ci mettra à disposition des signataires.

ARTICLE 7.1 BIS – ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE

- A renoncer à toute nouvelle prise en charge de patients dans le cadre du module 2 des ENMR sur les pathologies ciblées par le protocole de coopération ASALEE à compter de la signature de la présente convention

ARTICLE 7.2 – ENGAGEMENT DES INFIRMIERES

Les infirmières des centres de santé incluses dans le protocole s'engagent, dans le cadre de l'application du protocole ASALEE décrit dans les articles sus visés à :

- développer le suivi des pathologies chroniques selon les protocoles qui lui seront remis (diabète, facteurs de risques cardio-vasculaires, patient tabagique notamment);
- développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, sur ces pathologies ;
- participer en tant que de besoin à la gestion du dossier médical informatisé des patients ;
- à collecter le NIR des patients inclus dans le protocole ASALEE après les avoir informés et avoir recueilli leur consentement exprès, conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat;
- à transmettre les NIR des patients à l'assurance maladie conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat;
- à accomplir toute formation que lui demanderait d'effectuer ASALEE, et en particulier les formations demandées pour l'exécution du protocole.

ARTICLE 7.3 – ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION ASALEE

L'association ASALEE s'engage :

- A rémunérer les centres de santé pour les activités décrites à l'article 3 selon les modalités prévues aux articles 8,9 et 10 ;
- A indemniser forfaitairement les centres de santé des moyens logistiques mis en œuvre au profit de l'infirmière ;
- A former, et mettre en place le poste équivalent temps plein infirmière dans le cabinet ; cette formation est notamment décrite dans le chapitre VI « Expériences acquises et /ou formations théoriques et pratiques suivies par les professionnels de santé impliqués » et dans les annexes 9-1 et 9-2 du protocole. ;
- A mettre à disposition des personnels infirmiers assurant le poste équivalent temps plein des moyens d'intervention propre à certains protocoles (spiromètre notamment) ;
- A mettre à disposition le système d'information support, partagé entre les différents cabinets médicaux participant à l'expérimentation, et permettant d'assurer l'exercice ASALEE, le contrôle interne et l'évaluation externe ;
- A générer et transmettre à l'assurance maladie, conformément à la procédure autorisée par décret en Conseil d'Etat, des données de suivi des patients intégrés dans les protocoles ASALEE.

PARTIE II : ASPECTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS

ARTICLE 8 : MONTANT DE LA REMUNERATION

L'association procède à l'allocation des fonds au gestionnaire des centres de santé participant au dispositif, dans le cadre de la présente convention (cf. *infra*).

L'association assure notamment :

- Le dédommagement des centres de santé pour la participation des médecins généralistes aux réunions de debrief mensuel prévues dans le protocole de coopération. Cette allocation est attribuée au prorata du temps effectivement passé et déclaré par l'infirmière à chaque médecin généraliste, pour ces réunions de debrief mensuel, à hauteur de 12 Cs pour une demi-journée par mois maximum, proratisé à l'activité de l'équivalent temps plein infirmier. Ces réunions peuvent être tenues en une ou plusieurs fois, dans le mois, selon l'organisation du cabinet, et conformément au protocole ASALEE ;
- Un forfait de prise en charge des moyens logistiques (informatique, consommable), à hauteur de 450 euros par équivalent temps plein infirmière et par an, soit, pour la présente convention, de «M_450_x_ETP_cabinet» euro par an ;
- Le remboursement des salaires et charges annuelles d'un équivalent temps plein (ETP) d'infirmière, selon une grille tenant compte de l'ancienneté de l'infirmière (cf. annexe 5) ; soit 42 000€ /an pour l'ETP infirmier des centres de santé.
- La charge financière de l'assurance responsabilité civile des infirmières, au titre de la couverture de l'association, pour les infirmières en vacation salarié à l'association.

Toute modification relative aux règles de calcul ou aux modalités de versement de la rémunération fera l'objet d'un avenant à la convention.

ARTICLE 9 - MODALITES PRATIQUES DE VERSEMENT

- Le dédommagement des centres de santé pour la participation des médecins généralistes aux réunions de debrief mensuel prévues dans le protocole de coopération sont versées trimestriellement ;
- Le remboursement des salaires et charges annuelles d'un équivalent temps plein d'infirmière sera versé en deux fois : une première fois en juin, pour les six premiers mois d'activité, une seconde fois en décembre, pour les six mois suivants d'activité.

ARTICLE 10 : CONSEQUENCES FINANCIERES DU NON-RESPECT DES OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE

1. En cas de non-respect des engagements du gestionnaire des centres de santé constaté par l'association ASALEE ou par l'agence régionale de santé celui-ci est avisé par lettre

recommandée avec avis de réception, précisant les motifs de la suspension des financements.

2. A compter de la notification de la suspension, le gestionnaire des centres de santé dispose d'un délai de 30 jours pour apporter tout élément susceptible de justifier le manquement constaté et peut demander dans ce délai à être entendu par un représentant du bureau de l'association ou de l'agence régionale de santé.
3. A défaut de régularisation dans le délai imparti, l'association ASALEE ou l'agence régionale de santé peuvent décider du retrait de la décision de financement, par lettre recommandée avec avis de réception sans préjudice d'un éventuel recours en répétition des sommes versées et non régulièrement justifiées et de réparation du préjudice subi.

PARTIE III : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 11 - PROPRIETE ET PUBLICITE DES TRAVAUX MENES DANS LE CADRE DU PROJET FINANCE

L'association ASALEE effectue, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les démarches de déclaration prescrites par la loi du 6 janvier 1978.

Toute utilisation du logo de l'assurance maladie ou du ministère des Affaires sociales et de la Santé devra faire l'objet d'une validation préalable par les instances mentionnées dans la convention nationale.

La base de données de l'association ASALEE et les logiciels utilisés sont protégés par le droit d'auteur et par le droit des producteurs de données. Le logiciel et le développement des solutions techniques restent la propriété de l'association ASALEE.

L'association ASALEE et le gestionnaire des centres de santé participants autorisent la CNAMTS et le Ministère de la Santé à mettre en ligne sur leurs sites internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du projet et le cas échéant, créer des liens entre leurs sites et les coordonnées Internet du projet.

L'association ASALEE se tient à jour de ses obligations et cotisations sociales, fiscales et parafiscales.

ARTICLE 12 – CONDITIONS DE RETRAIT DES MEDECINS GENERALISTES OU DES INFIRMIERS

1. Le gestionnaire des centres de santé peut se retirer de la présente convention, en informant l'association Asalée deux mois avant la date du retrait par courrier recommandé. La rémunération mentionnée à l'article 8 est interrompue et le solde correspondant aux activités déjà accomplies est versé par ASALEE dans un délai de deux mois.
2. Le médecin généraliste se retire du protocole de coopération ASALEE en motivant son retrait dans une lettre recommandée avec avis de réception à ASALEE. Il informe également l'ARS de son retrait. L'exercice est arrêté deux mois après la réception du

courrier, sauf si le retrait est dû à un motif déontologique, auquel cas il est effectif immédiatement.

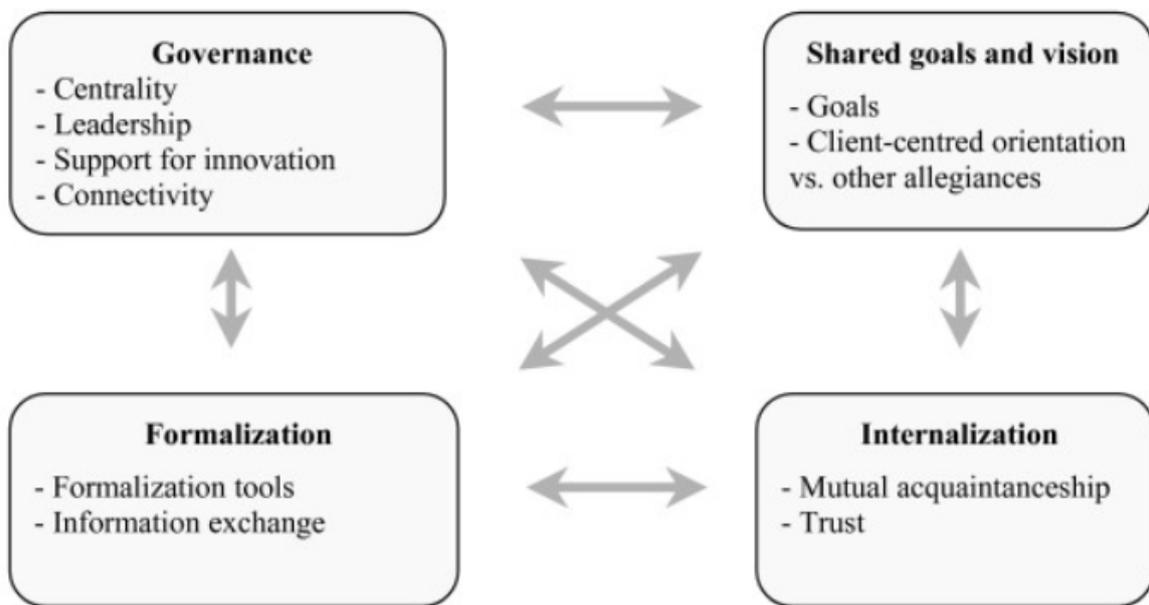
3. L'infirmier se retire du protocole de coopération ASALEE en motivant son retrait dans une lettre recommandée avec avis de réception à ASALEE. Il informe également l'ARS de son retrait. L'exercice est arrêté deux mois après la réception du courrier, sauf si le retrait est dû à un motif déontologique, auquel cas il est effectif immédiatement. Lorsque l'infirmier est salarié d'ASALEE, sa démission emporte *ipso facto* son retrait de la convention.
4. A la suite du retrait d'un professionnel de santé inclus dans le protocole de coopération ASALEE :
 - a. Le gestionnaire des centres de santé organise le remplacement du médecin généraliste ou de l'infirmier dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande mentionnée aux §2 et 3, dans le respect des conditions d'exercice prévues au titre de la convention.
 - b. Dans le cas où le remplacement serait impossible, le périmètre de la convention est ajusté en conséquence.
 - c. Si aucune des deux hypothèses mentionnées en a et en b n'est réalisée dans le délai imparti, la convention est résiliée de plein droit.

ARTICLE 13 – CONDITIONS DE RESILIATION DE LA CONVENTION

1. Suite à modification substantielle dans les conditions de déploiement du protocole définies par la convention nationale et en cas d'absence d'avenant à la présente convention dans un délai de deux mois à compter de la réception de la lettre recommandée mentionnée à l'article 1, la convention est résiliée de plein droit.
2. En cas d'emploi du financement dans un autre but que celui prévu aux articles ci-dessus, la convention est résiliée de plein droit par l'agence régionale de santé ou par l'association ASALEE, qui en informera chacun des signataires par lettre recommandée avec avis de réception.
3. La convention est résiliée de plein droit en cas de retrait du gestionnaire du centre de santé dans les conditions prévues à l'article 12.
4. La convention est résiliée de plein droit en cas de retrait de l'ensemble des médecins et/ou infirmiers dans les conditions prévues à l'article 12.

5. ARTICLE 14 - DUREE DE VALIDITE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 Décembre 2018.



The Four-Dimensional Model of Collaboration. This figure shows the four dimensions of the model of collaboration and the ten indicators associated with these dimensions. The arrows indicate the interrelationships between the four dimensions and how they influence each other.

Sources : D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 21 sept 2008;8(1):188.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line intersected by a horizontal line that extends further to the right, forming a stylized cross or plus sign.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

BENHAMADI Kamel

60 pages – 2 figures – 4 illustrations

Résumé :

Introduction : Le dispositif ASALEE est un dispositif autorisant la réalisation d'actes dérogatoires par des infirmiers en lien avec des médecins généralistes au sein d'une collaboration interprofessionnelle. La qualité de la collaboration interprofessionnelle impliquant le binôme médecin- infirmier est un socle indispensable à une approche centrée patient.

Objectif: L'objectif de l'étude est de rechercher dans les prémices de cette relation les difficultés vécues par des infirmiers qui pourraient ralentir ou être un frein à la construction d'une équipe de soin.

Méthode : Une étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée a été réalisée. Des entretiens semi-directifs en focus group ont été menés sous la forme de groupes de pairs intégrant des infirmières ASALEE du département de l'Indre.

Résultats : Les entretiens mettent en évidence des difficultés rencontrées lors de leur début d'activité avec des sentiments de frustration, de manque de temps d'échange et parfois de manque de considération de la part des médecins. Certaines infirmières ASALEE ne se définissent pas comme faisant partie intégrante d'une équipe de soins.

Conclusion : Les relations décrites et vécues par les infirmières ne font pas ressortir cette notion de « collaboration interprofessionnelle ». Cette étude questionne sur la nécessité de développer les compétences des professionnels de santé dans le champ de l'interprofessionnalité.

Mots clés : dispositif ASALEE ; collaboration ; interprofessionnalité ; équipe de soin ; binôme médecin- infirmier

Jury :

Président du Jury : Professeur Christophe HOURIOUX

Directeur de thèse : Docteur Christophe RUIZ

Membres du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Professeur Matthias BUCHLER

Docteur Christian Lavigne

Membre invité : Madame MERLET Virginie

Date de soutenance : Le 9 Septembre 2021