



**HAL**  
open science

# Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group

Ida Etchegoyen, Laurie Pagadoy, Clément Schuck

## ► To cite this version:

Ida Etchegoyen, Laurie Pagadoy, Clément Schuck. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03008374

**HAL Id: dumas-03008374**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03008374>**

Submitted on 16 Nov 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UFR DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

Thèse n°123A - 123B - 123C

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE.

Présentée et soutenue publiquement le 5 novembre 2020 par

Ida ETCHEGOYEN      Laurie PAGADOY      Clément SCHUCK

née le 19/04/1991 à Bayonne

née le 29/08/1991 à Orthez

né le 07/06/1991 à Metz

**Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le  
protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative  
croisée par méthode focus group**

Dirigée par Monsieur le Docteur Brice AIMÉ

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ

Monsieur le Professeur Associé William DURIEUX

Monsieur le Maître de Conférence Associé Marco ROMERO

Monsieur le Docteur Laurent QUESSARD

Monsieur le Docteur Brice AIMÉ

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge



# REMERCIEMENTS

## Aux membres du jury,

Au président du jury, **Monsieur le Professeur Patrick MERCIE**. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et juger notre travail. Merci pour votre engagement, soyez assuré de notre plus grand respect.

À notre directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Brice Aimé**. Merci d'avoir accepté d'encadrer notre travail et d'avoir été aussi présent, disponible et réactif. On ne compte plus les courriels échangés ou les heures passées au téléphone. Nous avons beaucoup appris à tes côtés en tant qu'internes. Merci de nous avoir fait aimer (encore plus) la médecine générale, y compris dans une maison de santé avec une climatisation inefficace.

Au rapporteur de cette thèse, **Monsieur le Docteur William Durieux**. Merci d'avoir accepté de relire et juger notre travail. Merci pour vos enseignements reçus lors de notre formation d'interne. Recevez le témoignage de notre respect et notre considération.

À **Monsieur le Docteur Marco Romero**. Merci d'avoir accepté de juger notre travail, merci pour ton implication dans la formation des internes et leur indépendance. Merci pour ta bonne humeur et tes salades grecques.

À **Monsieur le Docteur Laurent Quessard**, nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour vos enseignements reçus lors de notre internat, merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et profond respect.

À tous **les patients, infirmières et médecins** qui ont participé aux focus group et nous ont permis de réaliser cette thèse.

À **l'équipe de la MSP de Samadet** à la cohésion exceptionnelle. À **Catherine** sans qui la maison de santé n'aurait pas vu le jour, malgré toutes les difficultés que tu as rencontrées. Merci pour ton humanité, pour ta force de caractère, tu es un exemple pour nous. Nous espérons faire aussi bien que toi dans l'exercice de nos fonctions. Nous te souhaitons une très bonne retraite, tu l'as bien méritée ! À **Philippe**, pour tes bons petits plats parfois mangés en vitesse, pour ta gentillesse et ton humour. Profitez bien de ces moments tous les deux. À **Nadège**, merci pour ta passion de l'éducation thérapeutique que tu transmets. À **Marie et Valentine**, vous nous avez sauvé la mise à plusieurs reprises, merci pour votre sourire malgré tout, ne changez rien ! À **Mélanie, Mathieu, Marie-Sophie, Corinne, Carole, Hélène, Pierre**, pour ces moments partagés, pour le travail ou en dehors, autour d'un repas ou dans le couloir entre deux consultations.

## Remerciements d'Ida

**À Laurie et Clément**, pour ce projet de thèse original à 3, je pense que nous avons réussi à réaliser un bon travail d'équipe, en se soutenant, se motivant et se complétant tout au long de ce projet. Un grand merci à Clément pour ses talents en informatique qui nous auront sauvés la mise à de nombreuses reprises ! Je vous souhaite le meilleur pour la suite avec vos petites familles respectives.

**À mes maîtres de stage** : je remercie tous mes maîtres de stage que j'ai pu rencontrer durant mon internat qui m'ont appris la médecine grâce leur savoir. Un grand merci tout particulièrement à Catherine, Marco et Brice qui m'auront fait découvrir et aimer la médecine générale.

**À ma mère, mon frère, mon père, Antton et Hugo**. Un grand merci pour votre soutien sans faille durant toutes ces années, je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous. Vous avez toujours été là et je vous en serai éternellement reconnaissante. Et particulièrement à ma mère, merci d'être aussi présente, aimante et dévouée pour tes enfants.

**À toute ma famille, oncles, tantes, cousins et cousines** pour être présents à mes côtés depuis toujours. A mes grand-mères qui je l'espère sont fières de moi là où elles sont.

### À mes amies de toujours,

**Clémence**, présente à mes côtés depuis ma plus tendre enfance, me soutenant dans tous les moments de ma vie, avec qui j'ai partagé de nombreux souvenirs, en espérant que cette amitié dure encore pour toujours (pas trop de doute là-dessus).

**Marion**, avec qui j'ai vécu la majorité de mes voyages avec de folles expériences plus ou moins contrôlées mais se terminant toujours avec de merveilleux souvenirs, en espérant en partager d'autres, et surtout merci pour cette amitié à toute épreuve.

**Flo**, pour ces nombreux moments partagés à tes côtés, soirées, voyages, ton soutien et ta présence au quotidien, et surtout ta folie.

**Naia**, pour ta bonne humeur permanente, merci de nous faire autant rire avec ton lâchage de cheveux et tes légumes !!

**Carole**, toujours tête en l'air, merci pour ta gentillesse et ta simplicité.

**Mathilde**, pour ta bonne humeur et cette amitié qui ne change pas malgré la distance et les années.

**Marion**, pour notre amitié de toujours malgré la distance, quel plaisir de te retrouver ici !

**Amélie** je suis ravie de te retrouver après toutes ces années et partager ces moments avec toi.

**Amandine**, pour toutes ces années ensemble à Bordeaux notamment cette 1<sup>ère</sup> année où nous nous sommes toujours entraïdées, merci de nous avoir redonné le sourire grâce à tes multiples péripéties et anecdotes.

Je vous remercie toutes de m'avoir accompagnée, soutenue et aidée durant toutes ces années et surtout pour tous ces bons moments et merveilleux souvenirs partagés avec vous. En espérant partager de nombreuses années de folie encore avec vous toutes !

**À tous mes colocataires et maintenant amis,**

**Lulu**, sans qui cet internat aurait été bien plus triste, merci pour tous ces fous rires ensembles, ta joie, ton soutien, et cette véritable amitié née et ce pour longtemps encore je l'espère.

**Cilou** merci tout simplement d'être toi, merci pour ce 1er semestre ensembles où nous aurons bien rigolé et surtout qui m'a permis de découvrir une personne formidable.

**Camillou** pour ta simplicité, ton humour, ton enthousiasme et ton sens de la fête.

**Dudu** cette parisienne à qui il aura fallu tout apprendre, merci d'avoir été présente et à l'écoute dans des moments plus ou moins difficiles.

**Bere** pour tes nombreux conseils, et ton caractère de feu qui me fera toujours autant rire.

**Clémence**, qui malgré ton caractère pas toujours facile à apprivoiser, tu restes une personne entière, toujours présente.

Merci à tous mes autres colocataires avec qui j'ai pu partager cet internat.

**A toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant cet internat et surtout les amis que j'ai pu me faire.**

**Ninon**, grâce à Périgueux j'ai pu rencontrer une véritable amie. J'ai découvert en toi une personne simple et formidable avec qui j'espère réaliser de nombreux autres voyages, et surtout partagés de nombreuses autres années.

**Seilenn, Gody et Sophie** avec qui ce voyage à Faro aura créé une belle amitié, en espérant vous voir un peu plus souvent.

**Clarisse** pour ton humour, ta joie de vivre malgré ta complexité organisationnelle... et surtout ces bons moments partagés.

**Margot**, comme on se le dit si souvent, j'espère pouvoir passer plus de moments avec toi.

Merci à tous les autres Périgourdins pour ces moments de folie partagés tous ensembles.

A tous mes co-internes rencontrés durant les stages de mon internat.

A toutes les personnes avec qui j'ai pu partager ces longues années d'externat :  
Philippine, Alexa, Iona, Alexis, Marion E, Louise, Thomas, Benoit, Charly, Timothée...

Je vous remercie tous pour avoir été présents à mes côtés et fait en sorte de devenir la personne que je suis aujourd'hui.

## Remerciements de Laurie

À **Ida et Clément**, merci d'avoir accepté de partager cette thèse avec moi, de l'avoir rendu plus agréable, deux ans et demi de travail, de coopération et de soutien se terminent aujourd'hui. On est passé par toutes les émotions mais on a réussi ! Je vous souhaite tout le meilleur pour la suite.

**Au service de gastro-entérologie du CH de Dax**, vous avez été mon premier contact en tant qu'interne, merci particulièrement à François qui m'a épaulé et soutenu pendant ces 6 mois et qui m'a permis de bien débuter mon internat.

**Au service des urgences d'Arcachon**, une bien belle équipe soudée, j'ai appris énormément à vos côtés malgré l'ampleur du travail aux urgences en été. Toujours avec le sourire.

À **l'équipe de Samadet**, tout simplement merci, je suis tombée sous le charme de Samadet et de votre équipe, j'aurai l'occasion de continuer à vous le dire encore longtemps.

**Au service de maladies infectieuses du CH de Pau**, et tout particulièrement au Dr Gaborieau Valérie et Dr Dumondin Gilles qui m'ont accompagnée lors de mon retour à l'hôpital, une belle fin d'internat.

### À ma famille :

À **Mathieu**, merci de partager ma vie depuis plusieurs années, merci pour ton soutien et ta patience lors de la réalisation de cette thèse. A nos voyages qui j'espère seront encore nombreux et surtout à notre plus belle et grande aventure qui a débuté le 19 août dernier, Alba.

À **Alba** qui a fait de moi une maman et m'a permis de connaître cet amour inconditionnel.

À **mes parents** : pour votre soutien, malgré vos appréhensions et vos craintes, merci de m'avoir fait confiance. Merci pour tout l'amour que vous me donnez. Vous avez toujours été là pour moi, même s'il fallait venir à Bordeaux pour une soirée, et je vous en serai éternellement reconnaissante. J'espère que vous serez fiers de ce travail.

À **ma sœur Marina**, qui malgré nos différences, est toujours présente à mes côtés dans les bons et mauvais moments, finalement on n'est jamais loin l'une de l'autre, je ne te le dis pas assez : je t'aime Rara.

À nos souvenirs tous les 4 et nos périples parfois improvisés.

À **mes deux grands-mères**, vous qui êtes présentes quoi qu'il arrive, merci pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises.

À **mes deux grands-pères** qui me regardent d'où ils sont et doivent, je l'espère, être fiers de moi.

À **Hugo**, qui est entré dans la famille il y a plus de 8 ans maintenant, tu as suivi toutes les étapes de mes études (et leurs dimanches difficiles...), j'espère qu'on passera encore de bons moments ensemble.

À **ma belle-famille**, Isabelle, Didier, Robert, Fabienne, Laurent, merci de m'avoir intégré dans votre famille qui est maintenant aussi la mienne.

**À mes amis :**

À **Philou, Lulu, Popo, Siham, Béné, Ju et Lucette**, on a tout traversé ensemble, des fêtes d'école à Maslacq pour certaines jusqu'au bac. Malgré nos études respectives aux quatre coins de France, nous sommes encore toutes les 8 aujourd'hui. Merci pour votre présence et votre amitié sans faille depuis maintenant plus de 15 ans, je sais que je peux compter sur vous à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. J'espère que nous nous créerons encore plein de beaux souvenirs ensemble et vous souhaite d'être heureuses.

À **la coloc, Sylvain, Boris** merci de m'avoir supporté, entre la relecture du mémoire de gynéco et tous ces repas préparés pour moi. Je vous souhaite plein de bonheur avec Elisa et Manon.

À **la Société Musicale Amolloise**, pour tous les moments passés ensemble le week-end qui m'ont permis de garder le bon équilibre pendant toutes ces années, j'espère que notre route est encore longue tous ensemble.

À **Coco et Marion**, notre trio aura tenu le choc pendant les longues années de fac, notre voyage en Amérique du Sud restera un souvenir inoubliable, ainsi que toutes nos soirées pyjama ou Croix Jaune, je vous souhaite une belle vie à Rennes avec Coco ou à La Réunion avec Pierre.

À **tous les copains d'externat** : Margot, Sabine, Pierre, Pablo, JL, Caroline, Gaëlle, Louise, Clémentine, Giulia, Magali, Diane, Asma, la team Nouméa ... pour nos soirées entre deux journées à la BU.

À **tous les internes et co-internes** qui ont croisé ma route, pour un stage ou en dehors.

**Aux ruchois** pour toutes ces soirées fraîches mais inoubliables dans notre grande maison de St Vincent de Paul.

À **Hugo et Jean-Benoit** pour notre soutien mutuel lors de nos gardes aux urgences.

À **Tatiana et Claire** et nos innombrables cafés au relais H entre deux visites de grossesses pathologiques.

À **Vincent** avec qui j'ai partagé 6 mois dans la campagne landaise.

Même si nous n'avons que peu de contact je pense à vous très souvent et vous souhaite une belle suite.

**Et enfin à Marion**, merci de m'avoir transmis un peu de ta force de caractère, sans toi je ne serai pas là aujourd'hui, c'est grâce à toi que j'ai voulu devenir médecin. J'espère que tu es fière de moi, où que tu sois.



## Remerciements de Clément

À **Ida et Laurie**, merci pour cette collaboration fructueuse. Une thèse à trois est plutôt rare et ce travail en commun s'est fait, à mon sens, le plus naturellement possible, avec ses longueurs mais surtout dans la bonne humeur, les rires et finalement l'efficacité. Alors merci pour ça ! Je vous souhaite à toutes les deux le meilleur dans votre Béarn et votre Pays Basque.

### Aux soignants ayant croisé mon chemin,

À **l'équipe des urgences de Villeneuve sur Lot** pour cette ambiance chaleureuse et solidaire qui permet un apprentissage sérieux et serein dans la bonne humeur,

**Aux Docteurs Alain et Philippe FAUCIE**, pour votre compagnonnage et votre gentillesse lors de ma première expérience d'interne de la médecine générale « de terrain » au pied des Pyrénées,

À **l'unité 23 du Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses du CHU de Bordeaux** (Hôpital Saint André) qui m'ont montré un bel esprit de travail au service du patient,

Merci à **l'équipe de Gériatrie du CH de Dax et de Pédiatrie du CH de Pau**, pour ces stages enrichissants dans une agréable ambiance de travail.

### À ma famille et mes amis,

À **Solenne**, mon amoureuse, ma partenaire, mon binôme, merci d'être à mes côtés depuis tout ce temps. Merci pour ton énergie, ton ambition, ta sensibilité. Merci d'être toi, merci d'être comme ça. Ce socle si précieux que l'on construit ensemble m'apporte tant. Que notre équipe ne s'ennuie jamais et continue à croquer la vie pleinement, toujours.

À **Maiwenn**, pour ces émotions uniques et indescriptibles que tu suscites en moi. Ta présence à nos côtés rend le quotidien que plus beau.

À **mes parents**, pour le bonheur et l'amour dans lesquels j'ai grandi et qui m'ont donné la confiance et l'énergie pour arriver jusqu'ici. Merci pour votre éducation, votre vision de la vie et votre soutien qui ont été pour moi un précieux tremplin. **Maman**, merci pour ta joie de vivre, ton ouverture d'esprit et ta disponibilité au quotidien. **Papa**, merci pour ta curiosité et ton dynamisme, pour ta rigueur et ton esprit pratique et pour la passion de ton métier, que tu m'as incontestablement transmise, à travers le médecin appliqué et heureux que tu es.

À **ma fratrie**, pour ces innombrables moments de partage que ça soit dans le jeu, le sport, à l'école ou en vacances. **Simon**, merci de m'avoir supporté tout au long de tes études (je te suivais un peu à la trace), tu as été, mine de rien, un repère constant, bienveillant et inspirant.

À **ta famille Amandine et Juliette** pour ce joli cocon que vous formez. **Martin**, pour ta bonne humeur et ton aptitude à toujours être motivé pour tout. **Gwen**, pour tes talents de tricoteuse et pour supporter mon petit frère. Bref, merci de votre soutien et de votre présence à mes côtés qui m'est précieuse. Tricotons toujours pour d'autres moments de partage !!

À **Mémé** pour ton amour et affection inconditionnelle et pour ton exemple de vie de couple inspirante avec **Pépé** qui, même s'il n'est plus là, aurait été, j'espère, fier de moi.

À **Pépère** pour tes chants, ta soupe de noyaux et ta vision bien à toi de la vie. À **Petite Mamie**.

À **Pascal, Nath et Thalie, Temouk et Nadia, Margaux, Marie, Amaury, Gauthier et Côme** pour ces moments en famille et votre soutien.

À **ma belle-famille** et seconde famille qui m'a accepté chaleureusement depuis un bout de temps. **Brigitte**, merci pour ta générosité, ton affection et les valeurs que tu m'as transmises. **Pierre**, merci pour tes réflexions pertinentes, nos parties de tennis et ton accent ! À **Sara, Simon et vos petits garnements Maya, Sofia, Noah et Raphaël** pour ces nombreux moments d'échanges dans la bonne humeur et ce bel exemple de famille que vous êtes. À **Marianne**, pour nos discussions sur la vie, ton âme aventurière et courageuse et nos boutades. À **Éric**, pour nos parties de jeux de société accrochées et ton esprit de la famille.

À **Mamie Chantilly et Jacques**, pour vos rires, À **Philippe, Inès et Yanis** pour vos accueils chaleureux lors de nos passages inopinés, À **Papy**, pour ton intérêt pour nous.

À **Florian**, merci de ta générosité et ta disponibilité, merci pour nos multiples moments de sport partagés, tes bières, ta nuit dans la baignoire.

À **Lola**, merci pour ton sens de la fête, tes invitations aux quatre coins de l'Europe et surtout de ne pas aimer les maths 😊.

À **Nico**, merci pour tes mimes, ton humour et nos fous-rires.

À **Hélène**, merci de ton soutien, ta conversation et ton rire.

Que cette longue amitié perdure au travers d'autres moments de partage, malgré la distance !

À **Pauline**, pour les bivouacs, ton côté impitoyable dans les jeux de société et ta passion de la montagne,

À **Mathilde et Chloé**, pour vos potins au milieu desquels je me retrouve.

**Aux Lessyliens** pour ces nouvel an de folie à la fois déguisés et arrosés. **Et aux plus vieux**, qu'on ne voyait qu'à minuit.

À **Clem D et Arthur**, pour ces matchs de handball et ces trajets quotidiens plus ou moins réveillés vers Fabert.

À **David** et tes chers et tendres Emma et Arthur, **Margaux et ton Simon, Marine, Quentin, Etienne et Zeina** pour ces moments passés dans la basse-cour de Pontonx sur l'Adour.

À **Pierre, Agathe et Baptiste**, pour cette virée en Porsche (Baptiste, ne lis pas), pour ces rocks en wifi connus de vous seuls et pour ces rendez-vous inopinés partout en France,

À **Ainhoa**, pour tes pas de danse de talent sans talon (de préférence) et ton sens de l'accueil,

Merci pour ce semestre Villeneuvois de folie, parfumé à la mirabelle et pour les autres moments de partage passés et à venir !

À **tous les Agenais**, pour ces soirées ou week-end fortement animés un peu partout en Aquitaine.

À tous mes co-internes pour tous ces moments à l'hôpital ou en dehors qui ont rendu cet internat hors du commun.

À mes copains d'externat Pierre-Antoine, Matthieu, Delphine, Anne, Hélène, Amandine, Jérémy, Charline, Kathy pour ces 6 années nancéennes extraordinaires.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>I. PRÉAMBULE</b>	<b>19</b>
<b>II. INTRODUCTION</b>	<b>20</b>
<b>1. Éducation thérapeutique (ETP)</b> .....	<b>20</b>
1.1. Définition .....	20
1.2. Principes de l'ETP .....	20
1.3. Loi Hôpital Patients Santé Territoire .....	21
1.4. Évolution de l'ETP en ambulatoire .....	22
<b>2. ASALEE</b> .....	<b>22</b>
2.1. Répondre à un besoin .....	22
2.2. Correspondre à la loi .....	23
2.3. ASALEE en pratique .....	24
<b>3. Évaluation d'ASALEE</b> .....	<b>24</b>
<b>III. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>26</b>
<b>1. Type d'étude</b> .....	<b>26</b>
<b>2. Inclusion et recrutement</b> .....	<b>26</b>
2.1. Inclusion et recrutement des IDSP .....	26
2.2. Inclusion et recrutement des médecins .....	26
2.3. Inclusion et recrutement des patients .....	27
<b>3. Recueil des données</b> .....	<b>27</b>
3.1. Organisation des focus group .....	27
3.2. Déroulement des focus group .....	27
3.2.1. Guide d'entretien .....	28
3.2.2. Enregistrement des focus group .....	28
<b>4. Retranscription et analyse</b> .....	<b>28</b>
4.1. Retranscription .....	28

4.2. Analyse.....	28
<b>5. Consentement / Cadre légal / Ethique .....</b>	<b>29</b>
<b>IV. RÉSULTATS DES FOCUS GROUP INFIRMIÈRES</b>	<b>30</b>
<b>1. Caractéristiques de l'échantillon.....</b>	<b>30</b>
<b>2. Découverte d'ASALEE et mise en place d'une coopération nouvelle</b>	<b>31</b>
2.1. Recrutement des infirmières de santé publique .....	31
2.1.1. Mode de recrutement des IDSP .....	31
2.1.2. Motivations .....	32
2.1.3. Manque d'information et de sensibilisation des infirmières à l'ETP dans leur formation initiale .....	32
2.2. Recrutement de médecins dans ASALEE .....	33
2.2.1. Des difficultés de recrutement .....	33
2.2.2. Mais il semble exister des facteurs favorisant au recrutement des médecins	34
2.3. ASALEE comme facteur favorisant le travail en équipe pluriprofessionnelle .....	35
<b>3. Apporter l'ETP au plus près des patients .....</b>	<b>37</b>
<b>4. Fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient</b>	<b>39</b>
4.1. Entente médecin et IDSP .....	39
4.2. Relation entre patient et IDSP.....	41
4.3. Consultation en trinôme .....	42
<b>5. Un changement des pratiques.....</b>	<b>43</b>
5.1. Une nouvelle spécialité du métier d'infirmière .....	43
5.2. Organisation pratique du métier.....	44
5.3. Un autre rapport au patient .....	46
5.4. Temps accordé au patient par ASALEE .....	47
5.5. Difficultés ressenties par les infirmières.....	48
5.6. Une réticence des médecins à changer leurs pratiques ? .....	51
5.7. Un mode de fonctionnement ouvert.....	52
<b>6. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins.....</b>	<b>54</b>
6.1. Besoins en ETP en augmentation .....	54

6.2. Infirmières de pratiques avancées .....	55
<b>V. RÉSULTATS DES FOCUS GROUP MÉDECINS</b>	<b>56</b>
<b>1. Caractéristiques de l'échantillon.....</b>	<b>56</b>
<b>2. Découverte d'ASALEE et mise en place d'une coopération nouvelle</b>	<b>57</b>
2.1. Mode de recrutement .....	57
2.2. Peu de démarches administratives, un facteur favorisant l'intégration des médecins dans ASALEE.....	57
2.3. Craintes concernant un usage détourné .....	58
2.4. Améliorer l'information, la communication.....	58
2.5. ASALEE comme facteur favorisant le travail en équipe pluriprofessionnelle.....	59
2.5.1. ASALEE favorise le travail en équipe.....	59
2.5.2. Parfois des mésententes avec certains professionnels de santé .....	60
<b>3. Apporter l'ETP au plus près du patient.....</b>	<b>62</b>
3.1. Une approche éducative mise en œuvre par des IDSP qualifiées venant épauler des médecins parfois peu sensibilisés.....	62
3.1.1. De l'ETP réalisée par des IDSP compétentes.....	62
3.1.2. Manque de formation des médecins en ETP .....	63
3.1.3. Un besoin de faciliter la formation en ETP .....	63
3.2. ASALEE, une approche éducative accessible .....	64
3.2.1. Accessibilité d'un point de vue financier .....	64
3.2.2. Une approche éducative ambulatoire de proximité, facteur d'accessibilité ...	65
3.2.3. De l'ETP en présentiel, un atout par rapport à des dispositifs de suivi à distance	65
3.3. Proximité des IDSP qui exercent au sein du cabinet médical ou de la MSP	66
<b>4. Fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient</b>	<b>68</b>
4.1. La relation médecin / IDSP.....	68
4.2. Temps d'échange médecins / IDSP .....	70
4.3. Une relation de confiance IDSP / Patient .....	72
4.4. Difficultés de recrutement des patients.....	73

4.5.	Possibilité de consultations en trinôme pour mieux connaître ASALEE.....	76
<b>5.</b>	<b>Un changement des pratiques.....</b>	<b>77</b>
5.1.	Changement de pratiques pour les médecins.....	77
5.1.1.	Une approche différente de la médecine.....	77
5.1.2.	Adoption d'une posture ETP.....	77
5.1.3.	Gain de temps.....	78
5.1.4.	Réorganisation de la pratique médicale.....	80
5.2.	Mode de fonctionnement ouvert.....	81
5.2.1.	Souplesse, liberté, autonomie.....	81
5.2.2.	Créations d'ateliers, de protocoles.....	82
5.3.	Élargissement des compétences des IDSP.....	83
5.3.1.	Développement de nouvelles missions pour les IDSP.....	83
5.3.2.	Craintes concernant une diminution des compétences et un manque de temps des IDSP, consécutifs à l'élargissement de leurs champs d'activités.....	84
<b>6.</b>	<b>Les effets positifs ressentis.....</b>	<b>86</b>
6.1.	Des preuves d'efficacité.....	86
6.2.	Amélioration du suivi et du dépistage chez les patients chroniques	86
6.3.	Accompagnement rapproché et personnalisé.....	86
6.4.	Autonomisation du patient.....	87
6.5.	Amélioration clinique et biologique, diminution des traitements ..	87
<b>7.</b>	<b>L'avenir d'ASALEE dans le système de soins.....</b>	<b>89</b>
7.1.	ASALEE nécessaire dans le système de soins.....	89
7.2.	Menace des acteurs privés.....	90
7.3.	Un besoin de coordination entre les programmes hospitaliers et ASALEE.....	90
7.4.	Un besoin de coordination avec SOPHIA.....	91
7.5.	Les Infirmières de Pratiques Avancées (IPA).....	92
<b>VI.</b>	<b>RÉSULTATS DES FOCUS GROUP PATIENTS.....</b>	<b>95</b>
<b>1.</b>	<b>Caractéristiques de l'échantillon.....</b>	<b>95</b>
<b>2.</b>	<b>Découverte d'ASALEE et manque d'informations.....</b>	<b>97</b>

2.1.	Découverte d'ASALEE .....	97
2.2.	Manque d'informations.....	98
2.3.	Un site internet pour le grand public ?.....	99
2.4.	Informations et communication par la sécurité sociale ou par les médias ?.....	99
<b>3.</b>	<b>Apporter l'ETP au plus près des patients .....</b>	<b>101</b>
3.1.	L'IDSP exerce le plus souvent dans la maison de santé ou le cabinet du médecin traitant : la proximité rassurante d'un lieu connu.....	101
3.2.	Parfois il existe des problèmes de locaux .....	101
3.3.	Un besoin de matériel et de supports .....	102
3.4.	L'accès au dossier médical, un élément important .....	102
3.5.	Une prise en charge financière totale, levier pour la motivation..	102
3.6.	Des médecins peu sensibilisés à l'approche éducative d'ASALEE : un manque de formation ?.....	103
<b>4.</b>	<b>Fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient</b>	<b>104</b>
4.1.	Coopération IDSP-médecins.....	104
4.2.	La relation patient / IDSP .....	105
<b>5.</b>	<b>Un changement des pratiques.....</b>	<b>107</b>
5.1.	Des changements dans la pratique médicale.....	107
5.1.1.	Avantages de la « délégation coopérative ».....	107
5.1.2.	Difficulté de changement de pratiques des médecins .....	107
5.2.	L'IDSP .....	108
5.2.1.	L'avantage d'un suivi conjoint par l'IDSP et le médecin.....	108
5.2.2.	Les consultations avec les IDSP : du temps à l'écoute des patients.....	108
5.2.3.	Des IDSP disponibles .....	109
5.2.4.	Une évolution de la profession d'infirmière .....	109
5.2.5.	Une certaine autonomie dans leur travail .....	110
5.3.	Une approche centrée sur le patient .....	111
5.3.1.	Le patient acteur de sa santé .....	111
5.3.2.	Un suivi adapté au rythme des patients .....	111
5.4.	Intérêt de consultations en trinôme ? .....	112

5.5. Intégration du patient dans la réflexion sur le fonctionnement d'ASALEE ? .....	113
<b>6. Les effets positifs ressentis .....</b>	<b>114</b>
6.1. Efficacité clinique comme sur la perte de poids par exemple .....	114
6.2. Stabilisation ou amélioration de paramètres biologiques .....	114
6.3. Aide à l'acceptation de la maladie .....	114
6.4. La régularité des consultations favorise la motivation .....	114
6.5. Certains patients n'ont pas adhéré à ASALEE .....	115
<b>7. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins .....</b>	<b>116</b>
7.1. Développer la place de la prévention dans le système de soins ...	116
7.2. Développer des alternatives aux médicaments .....	117
7.3. Un ressenti d'une lenteur au déploiement d'ASALEE et d'une nécessité d'augmenter le nombre d'IDSP .....	117
7.4. Etudier les freins au développement d'ASALEE .....	118
7.5. ASALEE un enjeu de santé publique source d'économie pour l'assurance maladie ? .....	118
<b>VII. DISCUSSION .....</b>	<b>120</b>
<b>1. Validité interne .....</b>	<b>120</b>
1.1. Pertinence de l'étude .....	120
1.2. Etude qualitative par focus group .....	120
1.3. Guide d'entretien.....	120
1.4. Modérateur et observateurs : biais de recueil .....	121
1.5. Biais de transcription et d'analyse .....	121
1.6. Biais de recrutement, de sélection et émergence de leader d'opinion	122
1.7. Biais de puissance : seuil de saturation des données non atteint ..	123
<b>2. Validité externe et implication des résultats .....</b>	<b>123</b>
2.1. Découverte d'ASALEE, mise d'une place coopération nouvelle	123
2.1.1. Découverte d'ASALEE : un manque d'informations ? .....	123
2.1.2. Simplicité administrative et prise en charge financière : facteurs favorisant de l'intégration à ASALEE .....	125



2.1.3. Travail en équipe et concurrence avec d'autres professionnels de santé.....	125
2.2. Une approche éducative au plus près du patient.....	128
2.2.1. De l'ETP en ambulatoire et présentielle .....	128
2.2.2. Importance d'un local dédié au sein du cabinet.....	129
2.3. Le fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient .....	130
2.3.1. Relation IDSP / Médecins : une collaboration nouvelle.....	130
• Valorisation et considération du métier d'IDSP .....	130
• Rapports médecins / IDSP favorisant l'adhésion des patients.....	131
• Dossier médical partagé.....	132
• Importance et difficultés d'organisation des réunions d'échange.....	133
• Manque de formation et difficultés.....	133
2.3.2. IDSP / Patient : une relation privilégiée .....	135
• Une écoute attentive, base d'une relation de confiance .....	135
• Une prise en charge globale centrée sur la personne .....	135
• Du temps et de la disponibilité .....	135
• Place du patient dans la réflexion sur le fonctionnement d'ASALEE....	136
2.3.3. Une nouvelle relation médecin / patient .....	137
2.3.4. Des difficultés dans le recrutement des patients.....	138
2.3.5. Consultations en trinôme .....	139
2.4. Un changement des pratiques .....	140
2.4.1. Une évolution de la pratique de la médecine générale .....	140
• La délégation de tâches en médecine générale .....	140
• Bouleversement identitaire du médecin généraliste .....	140
• Freins à l'adhésion des médecins à ASALEE .....	142
2.4.2. IDSP, un nouveau métier .....	143
2.4.3. Des nouveaux protocoles de coopération IDSP / médecin.....	145
2.4.4. Système holacratique : forces et faiblesses.....	146
2.5. Les effets positifs ressentis .....	148
2.5.1. Évaluation médico-économique d'ASALEE.....	148
2.5.2. Autonomisation du patient.....	149
2.5.3. Diminution des thérapeutiques médicamenteuses .....	151
2.5.4. Conclusion .....	152
2.6. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins.....	152

2.6.1. Préserver la prise en charge et le financement complet par l'Assurance Maladie 152	
2.6.2. ASALEE et les acteurs privés.....	153
2.6.3. Les IPA .....	153
2.6.4. Place d'ASALEE dans le système des soins primaires français dans l'avenir 156	
<b>VIII. CONCLUSION</b>	<b>158</b>
<b>IX. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>161</b>
<b>X. LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES</b>	<b>168</b>
<b>1. Tableaux .....</b>	<b>168</b>
<b>2. Figures .....</b>	<b>168</b>
<b>XI. ANNEXES</b>	<b>170</b>
<b>XII. SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>176</b>

# ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé  
ASALÉE : Action de SAn té Libérale En Équipe  
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
CREDES : Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé  
COREQ : COnsolidating criteria for REporting Qualitative research  
CSSCT : Commission de Santé et Sécurité et Conditions de Travail  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
EAL : Exploration des Anomalies Lipidiques  
ECG : ElectroCardioGramme  
ETP : Éducation Thérapeutique  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
IDSP : Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique  
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IPA : Infirmière de pratiques avancées  
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé  
ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PPC : Pression Positive Continue  
REPPPOP : RÉseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie  
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique  
RCVA : Risque Cardio-Vasculaire Absolu  
SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil  
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé  
SFSP : Société Française de Santé Publique  
SNIIL : Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# I. PRÉAMBULE

---

Nous sommes trois internes de médecine générale ayant réalisé un stage d'interne de premier et/ou deuxième niveau dans la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Samadet avec les Dr TAUZIN, Dr ROMERO et Dr AIME (notre directeur de thèse).

Durant ce stage, nous avons découvert l'éducation thérapeutique au travers du protocole de coopération ASALEE.

Nous avons pu rencontrer l'infirmière ASALEE de la MSP et assister à plusieurs de ses consultations ainsi qu'au groupe de marche qu'elle animait. Elle est passionnée par son métier et par l'éducation thérapeutique, toujours à même de vouloir développer son domaine d'activités et ASALEE.

L'éducation thérapeutique est une approche globale du patient, centrée sur sa personne. Il s'agit d'appréhender la situation biomédicale et psycho-sociale du patient, en prenant en compte sa personnalité, son stade d'acceptation de la maladie, son degré de motivation et ses choix. L'ETP vise à impliquer le patient dans le processus thérapeutique avec un objectif d'acquisition de compétences lui permettant une autonomisation dans la gestion de sa maladie chronique, dans un but d'amélioration de sa qualité de vie.

L'ETP se réalise en équipe pluridisciplinaire. Dans ASALEE, le binôme médecin/infirmier de santé publique (IDSP) se met au service du patient.

Nous avons souhaité réaliser un travail de recherche sur cette collaboration médecin / IDSP / patient pour essayer de savoir s'il était possible de mettre en évidence d'éventuelles pistes d'amélioration à ce protocole.

Avec le Dr AIME, également très impliqué dans ASALEE, nous avons décidé de travailler sur le ressenti des différents protagonistes qui participent à ce protocole (patients, infirmières et médecins).

## **II. INTRODUCTION**

---

### **1. Éducation thérapeutique (ETP)**

#### **1.1. Définition**

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996 (1), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Cette définition de l'OMS-Europe de 1996 centre la réalisation de l'ETP sur les établissements hospitaliers, mais une ETP structurée peut être mise en œuvre dans tous les secteurs et lieux de soins, quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé.

#### **1.2. Principes de l'ETP**

Les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 et 2008 (1) ont abouti à la diffusion de recommandations pour la mise en œuvre de l'ETP en soulignant que celle-ci peut s'avérer bénéfique sur le plan clinique et économique quand elle se déroule dans des conditions et selon des dispositifs et des modalités qui la favorisent.

Une proposition d'ETP devrait être proposée à toute personne ayant une maladie chronique, quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Le patient a toute liberté de participer ou non à celle-ci. Les proches peuvent y être associés et y sont encouragés.

Complémentaire de la stratégie thérapeutique, elle encourage le patient à assumer un rôle actif au sein de l'équipe de soins et faciliter l'autogestion de sa ou ses maladies ou symptômes chroniques. Elle s'appuie sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et fait partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Les finalités de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soin (comprendre, s'expliquer, repérer, analyser, mesurer, faire face, décider...) et/ou la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation psychosociales (se connaître soi-même, savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, avoir confiance en soi, développer un sentiment d'auto-efficacité...), dans le but d'aider le patient à retrouver ses capacités, à s'équilibrer dans le cadre de sa personnalité, pour faire face à la maladie.

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient avec son accord est organisée selon un processus de démarche éducative :

- Élaboration d'un diagnostic éducatif  
Il s'agit de la compréhension partagée entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire, à un moment donné, de sa situation dans son environnement (gestion de la maladie et de son traitement dans son quotidien), afin de lui permettre de découvrir le soignant éducateur et ses impératifs et prendre conscience de ses besoins, ses attentes, des compétences à acquérir pour améliorer sa santé et sa qualité de vie, dans le respect de sa personnalité, de son mode de vie et de ses projets.  
Pour cela, il est nécessaire de connaître le patient dans tous les aspects de sa vie. On évalue aussi sa réceptivité à la proposition d'ETP.  
Cette étape va permettre de formuler avec lui une stratégie thérapeutique personnalisée, puis de négocier avec lui les compétences à acquérir et les prioriser. Il s'agit des objectifs éducatifs partagés.  
Ils constitueront les bases du programme personnalisé d'ETP à partir desquelles on pourra élaborer et planifier le parcours éducatif du patient avec différentes séances individuelles et/ou collectives ainsi qu'une évaluation de l'éducation réalisée.
- Mise en œuvre d'une ou plusieurs séances d'ETP, individuelle et/ou collective :  
Les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage seront sélectionnées en fonction des besoins du patient et des compétences visées dans les objectifs éducatifs partagés.
- Évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme :  
Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive, puis proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

L'ETP est mise en œuvre par des professionnels de santé formés. Elle nécessite une coordination de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, au travers d'un dossier éducatif partagé, en transmettant une synthèse du diagnostic éducatif, du programme individuel et de l'évaluation individuelle, et en organisant des échanges pluriprofessionnels.

Il est important de bien faire la distinction entre éducation thérapeutique et posture éducative. L'une est un programme structuré faisant intervenir plusieurs professionnels tandis que l'autre est davantage une posture adoptée par de plus en plus de professionnels de santé, qui modifient les rapports avec leurs patients en abandonnant progressivement l'attitude classique injonctive et prescriptive du médecin.

### 1.3. Loi Hôpital Patients Santé Territoire

En 2008, la Société Française de Santé Publique (SFSP) (2) constatait que « la plupart des maladies chroniques ne bénéficiaient d'aucun programme d'éducation thérapeutique ». Le savoir-faire en éducation thérapeutique était essentiellement hospitalier, même si des expériences de grande qualité existaient en ville (réseau diabète, actions associatives). Il était nécessaire de préserver cette activité hospitalière, la développer mais être conscient que, pour la grande majorité des programmes, il fallait envisager à terme leur développement au plus près

du lieu de résidence des patients atteints de maladies chroniques. La SFSP rappelait les principes qui lient les maladies chroniques aux questions de conditions de vie et de proximité du domicile et encourageait fortement des programmes en ville. Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques en France, les besoins en la matière étaient très importants. Selon elle, l'éducation thérapeutique ne pouvait pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers.

C'est ainsi que l'article 84 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (3) a intégré l'ETP dans la prise en charge du patient. Elle lance le développement de programmes d'ETP. Elle déclare que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».

L'article L. 1162-2 du code de la Santé Publique précise que « les programmes d'éducation thérapeutique sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé ».

#### 1.4. Évolution de l'ETP en ambulatoire

Selon un bilan de la Direction Générale de la Santé (DGS) réalisé à partir du système d'information SI-ETP (non-exhaustif) (4), plus de 3950 programmes d'ETP ont été mis en œuvre en 2014 sur le territoire pour plusieurs maladies chroniques. Les données soulignent une pratique très hospitalière et hétérogène selon les pathologies. Les programmes d'ETP assurés en ambulatoire représentent selon les régions entre 5% et 20%, voire 40% des programmes, dont ASALEE fait partie.

## 2. ASALEE

### 2.1. Répondre à un besoin

ASALEE pour Action de SANTé Libérale En Équipe est un dispositif de coopération interprofessionnelle qui apporte l'éducation thérapeutique en médecine de ville au plus près des patients. Son création remonte à 2002 sous l'impulsion du Dr Jean GAUTIER en région Poitou Charentes qui fait face dans son département des Deux-Sèvres à une diminution de la démographie médicale avec des besoins en santé toujours plus importants principalement liés à l'accroissement des pathologies chroniques et au vieillissement de la population.

Cette baisse du nombre de médecins est retrouvée à l'échelle nationale et bien montrée par le rapport « Démographie des professions de santé » de 2002 dirigé par le professeur Berland (5). Les projections montraient que la densité médicale qui correspond au rapport entre le nombre de médecins et la population nationale, allait chuter de près de 10% entre 2002 et 2012 quelle que soit l'augmentation du numerus clausus envisagée à l'époque. Il fallait ajouter à cette estimation le vieillissement de la profession médicale tout comme la tendance à la réduction du temps de travail des jeunes médecins ou encore le vieillissement de la population

générale qui sont autant de facteurs susceptibles de creuser encore davantage le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins.

Pour répondre à cette problématique, ce rapport proposait notamment une évolution des métiers de la santé avec l'idée d'un décloisonnement des différentes professions impliquées et d'un transfert de compétences entre elles. Ce concept de délégation de tâches existe depuis de nombreuses années à l'étranger et notamment dans les pays anglo-saxons. Aux États-Unis comme au Canada, les infirmières praticiennes sont ainsi apparues dans les années 1960. Leurs champs d'action se sont progressivement élargis en se dirigeant vers la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques à travers une consultation infirmière dédiée et la consultation infirmière de première ligne. Ces pratiques ont fait leurs preuves en terme d'efficacité et d'efficience comme le montrait le rapport du CREDES en 2003 (6).

C'est en s'inspirant de ces expériences que naît le projet ASALEE. Il est très vite inclus dans les expérimentations définies par la mission « coopération des professionnels de santé et transfert de tâches et de compétences » dirigée par le professeur Berland en 2003 (7). L'objectif initial est d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques par une collaboration entre médecins généralistes et infirmier(e)s. Ce projet, soutenu financièrement par l'URML de Poitou-Charentes, prend place initialement dans trois cabinets de médecine générale des Deux-Sèvres regroupant 12 médecins généralistes et 3 infirmières. Il préconise la délégation à l'infirmière d'activités de conseil, d'éducation, d'évaluation de risques, de réalisation de tests, de prévention individualisée auprès des patients et de gestion de l'information. Les premiers retours des patients mettent en avant la relation de confiance établie tandis que les médecins y voient une amélioration de la qualité du service rendu. Le projet s'étend alors rapidement avec un effectif en 2007 de 41 médecins généralistes et de 8 infirmières dans 18 cabinets.

## 2.2. Correspondre à la loi

Parallèlement à son développement, la législation sur les coopérations interprofessionnelles se fait plus précise car soutenue par les pouvoirs publics. En 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations qui visent à encourager les formes de coopération entre les professionnels de santé (8) en se basant entre autres sur l'expérience ASALEE. En 2009, la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) (3) sort définitivement les projets de coopération interprofessionnelle de leur cadre expérimental. L'article 51 stipule que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ».

L'association ASALEE rédige alors un protocole règlementaire conforme à la loi HPST pour lequel l'HAS émet un avis favorable en 2012 (9). L'agence régionale de santé (ARS) du Poitou-Charentes autorise par l'arrêté du 18 juin 2012 l'application du protocole de coopération ASALEE. Le dispositif est intégré à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) de 2012 à 2014 puis bénéficie depuis 2015 d'un financement dérogatoire par l'assurance maladie.



### 2.3. ASALEE en pratique

Le dispositif ASALEE a trois objectifs : améliorer la qualité des soins de premier recours, répondre aux tensions toujours plus aigües sur la démographie médicale et se maintenir dans un cadre d'efficience des nouvelles organisations ou de nouveaux protocoles. Il consiste en une coopération entre le médecin généraliste traitant et l'infirmier(e) délégué(e) à la santé publique (IDSP), au service du patient, avec délégation de tâches, selon quatre protocoles validés par les ARS et l'HAS :

- Suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL-Cholestérol, créatininémie, fond d'œil ; prescription et réalisation des ECG ; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds.
- Suivi du patient à risque cardio-vasculaire incluant prescription et réalisation des ECG.
- Suivi du patient tabagique à risque de BPCO incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie.
- Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées.

Le médecin fournit un lieu de consultation, un ordinateur, un accès à internet et au dossier médical à l'IDSP. Il est également chargé d'expliquer et de proposer aux patients répondants aux critères d'inclusion une consultation avec l'IDSP selon le protocole concerné. De son côté, l'IDSP réalise des séances d'éducation thérapeutique ou de dépistage prévues par ces protocoles et réalise également l'état des lieux des données médicales disponibles dans les dossiers des patients, peut les mettre à jour ou indiquer des alertes et identifie la population éligible aux différents protocoles.

Le médecin et l'IDSP se rencontrent régulièrement lors de réunions de concertation pour échanger au sujet de la prise en charge des patients et de l'organisation de leur coopération.

L'IDSP bénéficie d'une formation initiale théorique à l'ETP et d'une formation sur les différentes pathologies chroniques rencontrées. Par la suite, une formation pratique par compagnonnage est effectuée auprès d'un collègue expérimenté.

Au 31 mars 2020, l'association ASALEE emploie 1086 infirmières sur tout le territoire national, qui correspondent à 750 équivalents temps plein. En effet, la majorité d'entre elles travaillent à temps partiel dans ASALEE et conservent en parallèle un exercice libéral. Ces infirmières travaillent en collaboration avec 4571 médecins généralistes. Concernant le nombre de patients pris en charge, il est plus difficile de donner un chiffre car la file active varie en continu. Dans le département des Landes au 31 mars 2020, on compte 20 infirmières salariées en collaboration avec 76 médecins généralistes.

## **3. Évaluation d'ASALEE**

Plusieurs travaux valident l'efficacité d'ASALEE.

Une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE a été faite par l'IRDES entre mai 2007 et janvier 2008 de façon rétrospective, centrée sur les patients atteints de diabète de type 2 (représentant environ un tiers de l'activité des infirmières à ce moment-là) (10). Cette étude montre que les patients suivis dans le protocole voient leur équilibre glycémique

s'améliorer davantage que le groupe témoin. Ils sont également mieux suivis sur le plan des examens complémentaires et cela sans coût supplémentaire pour la sécurité sociale.

Une autre étude réalisée par l'IRDES nommée DAPHNEE a débuté en 2014 pour évaluer l'expérimentation de coopération ASALEE. La première partie, qualitative, concerne d'une part le déploiement et l'organisation du dispositif ASALEE et d'autre part les pratiques et interactions entre patients et professionnels. Une autre partie de cette étude évalue de façon quantitative l'impact sur le temps dégagé par le généraliste ainsi que celui sur la qualité des soins et services rendus (11). Certains de ces résultats sont toujours en attente.

Différents travaux quantitatifs ont été réalisés.

En 2016, E. Tardits évalue, dans son travail de thèse, l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes (12). Elle conclut à une amélioration du suivi des patients inclus dans le protocole ASALEE avec notamment la réalisation des examens de suivi recommandés par l'HAS significativement augmentée.

Plusieurs travaux qualitatifs de thèses ont été réalisés sur le ressenti des patients ou des médecins concernant le protocole ASALEE, principalement en entretiens semi-dirigés. R. Py a réalisé sa thèse en 2015 sur le ressenti des médecins (13), tandis qu'A. Bouchaud (14), E. Dadena avec M. Sader (15) et L. Gervais (16) ont réalisé des thèses qualitatives en semi-dirigés sur le vécu des patients.

Un seul travail en focus group a été retrouvé, réalisé en 2011 dans les Vosges par A. Prato sur la coopération entre professionnels de santé en médecine générale avec une évaluation qualitative d'ASALEE Vosges par la méthode focus group après deux ans d'expérience (17).

Nous n'avons pas retrouvé de travaux sur le ressenti des infirmières au sein du protocole ASALEE.

Aucun travail n'a étudié de façon croisée le ressenti des différents protagonistes (médecins et patients).

**Quel est le ressenti de chaque intervenant du trinôme médecins-patients-infirmières du dispositif ASALEE et quelles sont les pistes d'amélioration que l'on peut déduire de leur analyse croisée ?**

**Pour répondre à cette question, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative dont l'objectif principal est de recueillir le ressenti des différents acteurs du dispositif ASALEE (patients, IDSP et médecins).**

**L'objectif secondaire est d'essayer de déduire des pistes d'amélioration par une analyse croisée de ces ressentis.**

### **III. MÉTHODOLOGIE**

---

#### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative en focus group, qui a été réalisée par 3 internes puis remplaçants en médecine générale (en année thèse) à la Faculté de Bordeaux. L'étude est conçue pour répondre aux critères de qualité COREQ (18).

#### **2. Inclusion et recrutement**

Les critères d'inclusion étaient assez simples :

- Infirmier(e)s délégués à la Santé Publique salariés de l'association ASALEE dans les Landes
- Médecins généralistes des Landes participant ou ayant participé au protocole ASALEE
- Patients des Landes inclus ou ayant été inclus dans le protocole ASALEE

Nous avons pu réaliser 2 focus group pour chaque protagoniste (IDSP/ médecins/ patients).

##### **2.1. Inclusion et recrutement des IDSP**

La population cible comprenait l'ensemble des IDSP participant au dispositif ASALEE du département des Landes. La liste nous a été fournie par l'IDSP responsable du département. Elle comportait 16 IDSP.

Pour des raisons pratiques, nous avons choisi de profiter d'une réunion de secteur des IDSP pour organiser nos focus group. Ainsi, 3 IDSP ont été exclues car elles participaient aux réunions de secteur du département voisin du Gers, du fait d'un nombre trop important d'IDSP dans les Landes. Nous avons donc contacté par courriel 13 IDSP. En plus d'expliquer notre projet, nous leur avons demandé de remplir un questionnaire permettant de recueillir des caractéristiques propres à chaque IDSP avec l'âge, l'activité antérieure exercée avant ASALEE et des détails sur leur activité actuelle dans ASALEE.

##### **2.2. Inclusion et recrutement des médecins**

La population cible comprenait les médecins du département des Landes participant au dispositif ASALEE.

Afin d'obtenir la liste de ces médecins, nous sommes passés par l'intermédiaire des IDSP présentes à la réunion de secteur durant laquelle nous avons réalisé les 2 focus group. Nous leur avons demandé de compléter un tableau avec nom, adresse mail et quelques caractéristiques des médecins avec qui elles travaillaient, comme leur degré d'implication et leur ancienneté dans ASALEE. Nous avons rajouté à ces médecins, les 3 médecins de Mont de Marsan dont l'IDSP ne faisait pas partie du secteur des Landes.

Après récupération de ces tableaux, nous avons contacté ces 50 médecins par courriel pour leur faire prendre connaissance de notre étude et pour leur demander s'ils voulaient bien participer et nous les avons relancés à 2 reprises.

Par la suite, nous avons réalisé un échantillonnage raisonné des médecins ayant répondu favorablement (14 au total) selon les critères suivants afin de former 2 focus group : degré d'implication dans ASALEE et ancienneté dans le dispositif. De plus, nous voulions faire en sorte que les médecins travaillant avec la même IDSP ne soient pas dans le même focus group.

### **2.3. Inclusion et recrutement des patients**

La population cible comprenait des patients des Landes, inclus ou ayant été inclus dans le protocole ASALEE.

Pour sélectionner les patients, nous avons demandé aux IDSP des Landes de nous lister et caractériser dans un tableau, les patients qu'elles avaient vus en consultation sur les 15 derniers jours à partir de la réunion de secteur.

Nous avons ensuite, tous les trois, choisi des patients parmi ces listes afin de réaliser un échantillonnage raisonné en fonction de leur âge, de la pathologie pour laquelle ils étaient suivis (diabète, facteurs de risque cardio-vasculaire, sevrage tabac, BPCO ou troubles cognitifs), de leur niveau socio-culturel, de leur degré d'implication dans ASALEE et leur stade motivationnel.

Par la suite, nous avons demandé aux IDSP correspondantes de contacter leurs patients sélectionnés pour les convier à la réunion.

## **3. Recueil des données**

### **3.1. Organisation des focus group**

Chaque focus group a eu lieu dans un lieu dédié, à une date et horaire convenus à l'avance, selon les disponibilités de chacun. Une présentation de notre étude ainsi que les règles à respecter pour le bon déroulement d'un focus group ont été énoncées. Le consentement oral et écrit était recueilli avant le début des entretiens.

### **3.2. Déroulement des focus group**

Pour tous les focus group, le rôle du modérateur a été assuré par le Dr Brice Aimé, directeur de thèse. Il est référent départemental ASALEE et diplômé en éducation thérapeutique. Il est important de noter qu'il travaille en collaboration avec une des IDSP ayant participé à un focus group, et qu'il est le médecin traitant de certains des patients ayant participé au 2<sup>ème</sup> focus group à Samadet.

Nous avons joué le rôle d'observateurs lors de ces réunions. Nous étions 2 présents lors des focus group des IDSP, 3 pour les médecins, et 2 pour les patients. Nous nous sommes chargés de l'enregistrement audio et de l'analyse des aspects non verbaux (attitudes, expressions, mimiques...) que nous avons retranscrits à l'écrit. Nous ne sommes pas intervenus au sein de la discussion.

Aucun autre participant n'a été accepté lors de ces réunions.

### 3.2.1. Guide d'entretien

Nous avons utilisé le même guide d'entretien (annexe 1) pour les 6 focus group pour une raison de reproductibilité.

Ce dernier a été établi collectivement avec des questions volontairement très ouvertes pour permettre la plus large expression des participants. La première question permettait de se présenter en développant les attentes et le ressenti initial de chaque participant. La seconde question abordait les points positifs du dispositif ASALEE tandis que la troisième concernait les points négatifs. La quatrième permettait d'exprimer des éventuelles améliorations à apporter au dispositif. Enfin, la dernière question explorait l'avenir d'ASALEE au sein du système de soins français.

Il n'a pas été testé préalablement devant l'absence de focus group test disponible. Il n'a pas non plus été modifié au cours du temps car il a permis un bon déroulement des entretiens avec une fluidité dans l'enchaînement des questions.

### 3.2.2. Enregistrement des focus group

Pour réaliser ce travail, nous avons enregistré les 6 focus group à l'aide d'un dictaphone ou de l'application dictaphone de nos smartphones afin de conserver un discours au plus proche de la réalité avec le minimum de perte d'information. Les répétitions, le langage oral et les messages non verbaux (hésitations, répétitions, rires, soupirs...) ont été notés afin de préserver au maximum l'authenticité du discours initial.

## **4. Retranscription et analyse**

### 4.1. Retranscription

Pour chaque focus group, l'un de nous était en charge de la retranscription. Ainsi, Clément Schuck s'est occupé des focus group des infirmières, Ida Etchegoyen de ceux des médecins et Laurie Pagadoy de ceux des patients. Les focus group ont été retranscrits dans leur intégralité le plus tôt possible après leur réalisation, mot pour mot, en tenant compte des éléments non verbaux. Cette retranscription a été réalisée sur le logiciel Microsoft Office Word.

Chacune a été relue par un 2<sup>ème</sup> investigateur.

Les participants étaient informés des méthodes d'anonymisation : les noms étaient remplacés par des chiffres, les infirmières nommées lors des focus group avec les patients ou médecins étaient mentionnées par une lettre, les lieux étaient notés par des abréviations. Le modérateur était quant à lui désigné par la lettre M.

### 4.2. Analyse

Pour chaque focus group, 2 investigateurs s'occupaient de l'analyse des données de façon séparée réalisant un double encodage. Cet encodage a été réalisé en codage ouvert manuel

grâce au logiciel Nvivo. Les verbatims ont ainsi été découpés en unités minimales de sens (UMS) qui ont été regroupées en thèmes et sous thèmes déterminés à partir des données et non définis à l'avance.

Par la suite, ces deux investigateurs ont mis leurs travaux en commun, réalisant ensuite une triangulation des données, de façon à faire ressurgir le plus d'idées possibles et à être le plus objectif possible.

Enfin les 2 focus group de chaque protagoniste (infirmier(e)s/médecins/patients) ont été mis en commun pour faire ressortir toutes les idées transversales.

## **5. Consentement / Cadre légal / Ethique**

Un consentement oral puis écrit a été demandé à chaque participant avec une autorisation pour les enregistrements et une autorisation d'utiliser leurs propos de manière anonyme. Tous les participants ont accepté les clauses de la thèse (annexes 2 et 3).

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) (annexe 4) a été informée des modalités de recueil et d'analyse des données.

Une autorisation auprès du CPP (Comité de protection des personnes) (annexe 5) a été obtenue le 5 février 2020 pour la réalisation de la thèse.

## **IV. RÉSULTATS DES FOCUS GROUP INFIRMIÈRES**

### **1. Caractéristiques de l'échantillon**

Les deux focus group ont eu lieu le 30 avril 2019 à la maison de santé de Samadet dans une salle dédiée, à l'occasion d'une réunion de secteur des IDSP des Landes. Il s'agit du lieu de travail du modérateur et directeur de cette thèse, ainsi que d'une des IDSP participantes.

10 IDSP sur 13 contactées nous ont répondu favorablement et ont pu participer. Les 3 IDSP manquantes n'ont pu être présentes à la réunion pour des raisons d'agenda.

Nous avons essayé de constituer les deux groupes de la façon la plus homogène possible selon les caractéristiques présentes sur le questionnaire. Ces données sont compilées dans les tableaux suivants. Chaque focus group était constitué de 5 IDSP. Aucune personne non participante n'était admise pendant les entretiens.

Le premier focus group a duré 1 heure et 33 minutes et le second 1 heure et 11 minutes.

Le seuil de saturation des données n'a pas été discuté car la totalité de la population cible a été étudiée (IDSP ASALEE des Landes).

*Tableau 1 Caractéristiques du focus group 1 des infirmières*

Age	Ancienneté dans ASALEE	Activité antérieure à ASALEE	Temps effectif de travail dans ASALEE	Lieu de consultation
31	2 ans	5 ans de service de médecine ou chirurgie ; 4 ans de libéral	100%	Urbain
32	1 mois	Urgences-réa, thermalisme	100%	Rural
54	2 ans	Libérale, en clinique, humanitaire et scolaire	80%	Urbain
64	4 ans	8 ans de service et 33 ans en libéral	60%	Rural
40	4 mois	9 ans de libéral	50%	Rural

Tableau 2 Caractéristiques du focus group 2 des infirmières

Age	Ancienneté dans ASALEE	Activité antérieure à ASALEE	Temps effectif de travail dans ASALEE	Lieu de consultation
39	6 ans	Aide-soignante au SSIAD puis IDE en HAD	100%	Rural
38	1 mois	En libéral, hémodialyse, bloc opératoire et médecine	40%	Semi-rural
53	3 ans	Hôpital	50%	Urbain
34	5 mois	3 ans en service de médecine puis 9 ans de libéral	20%	Semi-rural
33	4 ans	Psychiatrie, SSR et libéral	80%	Rural

## **2. Découverte d'ASALEE et mise en place d'une coopération nouvelle**

### **2.1. Recrutement des infirmières de santé publique**

#### **2.1.1. Mode de recrutement des IDSP**

La découverte d'ASALEE s'est faite de différentes manières selon les IDSP. Certaines se sont informées par le **bouche à oreille**, souvent entre collègues :

*« j'ai connu ASALEE par D. (une autre IDSP), puisqu'elle était au cabinet de L. ».*

D'autres ont fait **des recherches personnelles** ou ont connu ASALEE **au cours de formations portant sur l'ETP** :

*« je suis allée sur pôle emploi, j'ai cherché des annonces, je voulais partir mais sans savoir où, et j'ai trouvé ASALEE ».*

*« J'ai été formée à l'éducation thérapeutique parce qu'on faisait de l'ETP au sein du thermalisme. Pendant ma formation, [autre participant] est venue présenter ASALEE et voilà, je suis restée avec elle parce que je voulais en savoir un peu plus. »*

Enfin, certaines infirmières se sont vues encouragées à devenir IDSP au sein d'ASALEE par **les médecins** présents dans leur secteur d'installation.

*« j'ai connu ASALEE depuis que j'ai commencé le libéral, puisque c'était la condition sine qua non pour m'installer avec les médecins avec qui j'étais. »*



« ASALEE est pour moi une reconversion, parce que j'avais des problèmes de santé donc c'est mon médecin traitant qui était médecin ASALEE qui m'a parlé d'ASALEE et qui me voyait bien là-dedans ».

### 2.1.2. Motivations

La motivation à intégrer ASALEE semble induite par **une curiosité et un intérêt pour l'ETP**.

« je trouvais que ça avait l'air super intéressant le fait de faire de l'éducation thérapeutique, avoir le temps pour le patient ».

Elle est également liée à un désir de **varier leur activité professionnelle**.

« en fait après au bout de 5-6 ans de psychiatrie, j'ai eu envie de voir autre chose ».

« Et ce libéral, bon j'étais très contente, c'est pas du tout le problème parce que j'ai créé le cabinet et tout mais au bout d'un moment, si on se bouge pas et si on se pose pas les questions on peut vraiment être euh... ».

### 2.1.3. Manque d'information et de sensibilisation des infirmières à l'ETP dans leur formation initiale

Certaines infirmières présentes ont signalé **l'absence de formation initiale à l'ETP dans leurs études d'IDE**. Une partie de l'échantillon affirmait ne pas connaître l'ETP avant leur formation pour devenir IDSP dans ASALEE :

« personnellement, à l'école, on m'a jamais parlé d'ETP ».

« on entend de l'éducation à la santé mais pas de l'éducation thérapeutique et avant de commencer la formation, je faisais pas la différence entre l'un et l'autre ».

D'autres IDSP nuancent tout de même ces propos en précisant que :

« les infirmières, on commence à leur en parler parce que maintenant elles ont un module ETP dans leur formation à l'IFSI ».

**Le manque d'information sur ASALEE au cours de leur formation initiale et continue** est aussi regrettable à leurs yeux :

« je connaissais pas du tout ASALEE au bout de 10 ans et je trouve que c'est dommage qu'on commence pas à en parler déjà à l'école ».

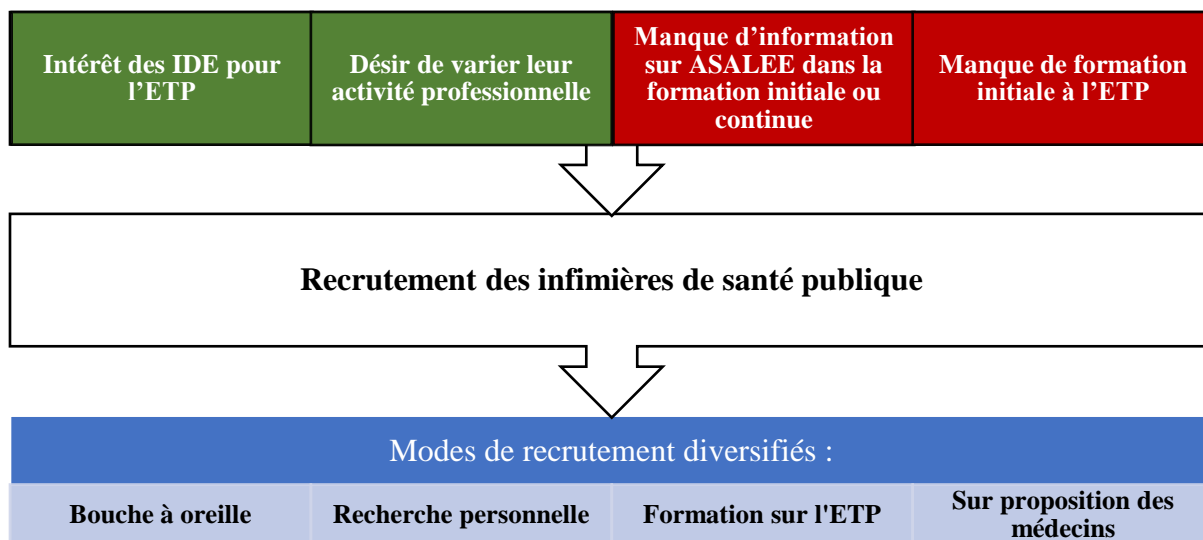


Figure 1 : Recrutement des infirmières de santé publique

## 2.2. Recrutement de médecins dans ASALEE

### 2.2.1. Des difficultés de recrutement

Des infirmières ont exprimé des difficultés à recruter des médecins volontaires pour adhérer à ASALEE. Un **manque d'information des médecins** a été souligné :

« C'est les médecins qui, à défaut de connaissances d'ASALEE, ben il faut aller les chercher, parler de ça... ».

Certaines se demandent si la **présentation d'ASALEE faite aux médecins par les infirmières** a été correctement effectuée, et constatent également un **manque de motivation** de la part de certains médecins qui ont intégré le dispositif :

« ils (les médecins) ne sont pas tous très motivés. Pourquoi ils sont rentrés dans ASALEE ? Et beh je ne sais pas... Est-ce que vraiment ASALEE leur a été très bien présenté, ça je n'en sais rien ».

Elles proposent **qu'une infirmière soit accompagnée d'un médecin** pour faire cette présentation :

« je pense qu'il faut un médecin et une infirmière, parce qu'il y aura des médecins qui auront des questions particulières sur le financement ou... qu'est-ce que ça leur apporte et il y a qu'un médecin qui peut répondre quoi ».

Certaines IDSP précisent qu'une **lettre de motivation** est désormais demandée à un médecin qui souhaiterait intégrer ASALEE, de façon à l'inclure davantage dans la dynamique qu'est ASALEE :

« ils font une lettre de motivation, on les incite à participer aux formations d'ASALEE aussi, et ça leur permet de s'inclure un peu plus dans le processus et dans la dynamique ».

Le **manque de formation des médecins à l'ETP** a également été souligné. Certaines infirmières pensent d'ailleurs que leur présence peut encourager les médecins à se former et à faire davantage d'ETP :

*« Parce-que nous on a 40h en ETP, on a des formations en protocoles mais eux [les médecins], ils ont rien, pour le moment. Et certains n'auront jamais rien parce qu'ils n'iront pas aux formations ».*

*« il faut quand même qu'on travaille aussi un peu avec eux, les aider. Je pense que ça aussi, c'est notre rôle à nous, infirmières, de les amener à ça ».*

Les **formations proposées aux médecins** se tiennent pour l'instant à Paris, ce qui serait un frein à l'engagement du médecin :

*« ça risque d'être un frein pour beaucoup, pour se libérer 9 jours euh...de formation à Paris ».*

Certaines infirmières se demandent si **des formations par région** ne seraient pas plus appropriées :

*« alors nous en tant qu'infirmière on se libère pour aller à Paris, donc est-ce que ça serait plus pratique pour les médecins de venir en région ? ».*

#### 2.2.2. Mais il semble exister des facteurs favorisant au recrutement des médecins

Certaines infirmières remarquent que les **jeunes médecins semblent davantage sensibilisés** et réceptifs à ce genre de collaboration :

*« c'est vrai que les jeunes médecins maintenant quand on leur dit « moi je suis infirmière ASALEE... Ah oui oui, je connais ».*

La présence d'une infirmière ASALEE serait même une condition nécessaire à leur installation :

*« y a même des jeunes médecins qui veulent s'installer, qui acceptent de s'installer sous réserve qu'une infirmière ASALEE vienne ».*

La possibilité d'un **effet de génération** est suggérée :

*« je crois qu'on est arrivé à une nouvelle génération où tous les nouveaux médecins ils ont vu en SASPAS une infirmière ASALEE quasiment dans les maisons de santé. »*

D'autres soulignent également **l'intérêt financier ou le gain de temps** qui peuvent motiver les médecins à s'engager.

*« je pense qu'ils y trouvent leur compte au niveau du temps, au niveau financier ».*

*« ils y trouvent aussi leur compte au niveau financier parce que ça améliore leurs statistiques, ça améliore plein de choses. Donc faut pas se leurrer, y en a certains, c'est aussi ça qui fonctionne ».*

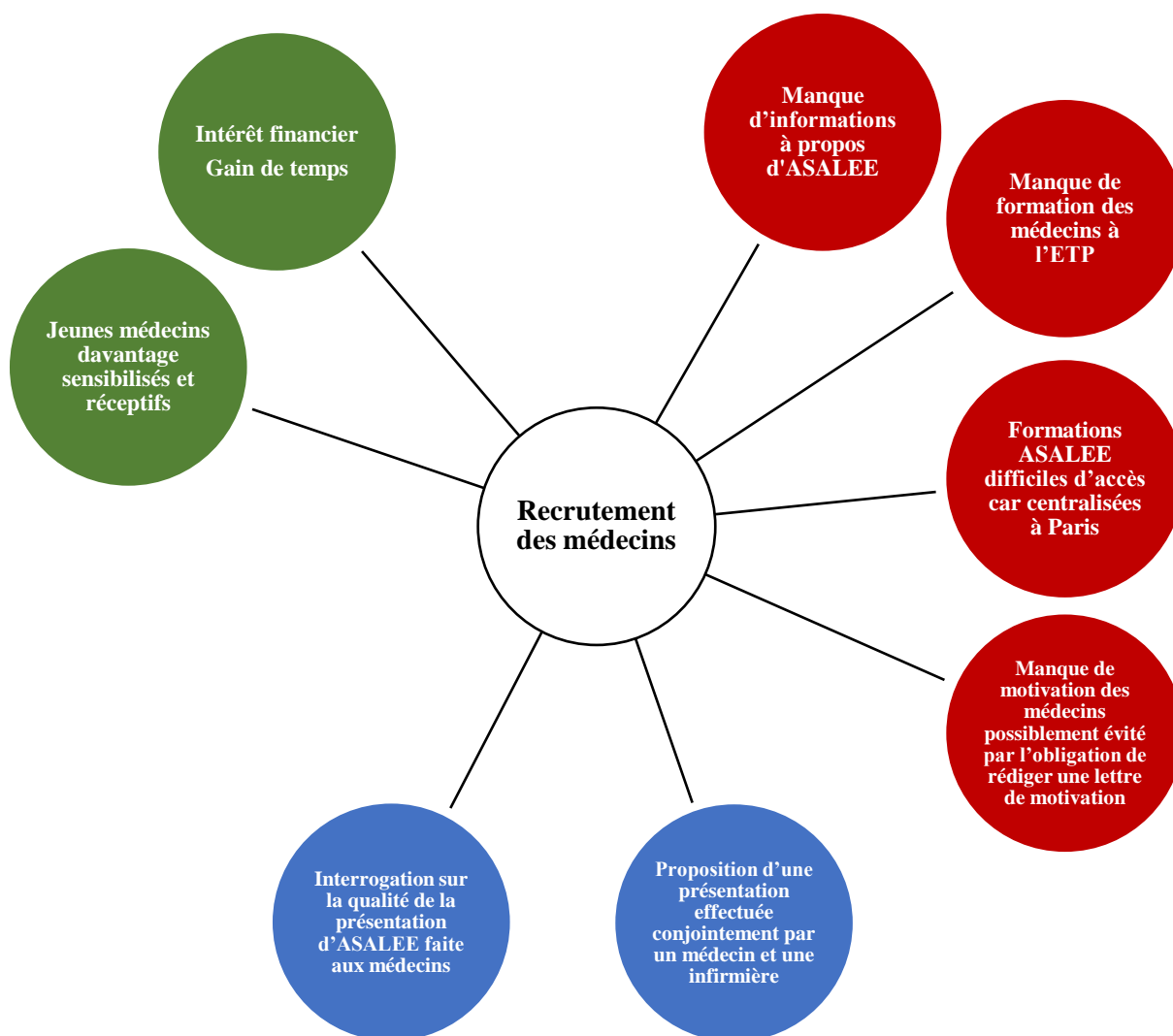


Figure 2 : Recrutement des médecins dans ASALEE

### 2.3. ASALEE comme facteur favorisant le travail en équipe pluriprofessionnelle

ASALEE contribuerait à la mise en place d'un véritable travail d'équipe pluriprofessionnel. Il s'agirait d'**une de leurs attentes initiales qui aurait motivé leur engagement dans ASALEE** :

*« Et là j'ai vu l'intérêt que les médecins portaient au travail en binôme avec l'infirmière et même le trinôme on va dire plutôt, médecin infirmier et patient. Je me suis dit y a un potentiel. Je me dis, je ne pensais pas que ça pouvait être aussi intéressant »*

*« mes attentes c'était la collaboration avec les médecins aussi, [...]. Et travailler au plus proche des médecins pour le patient je trouve que c'est le point vraiment positif dans la prise en charge globale du patient »*

La **collaboration avec les médecins** mais aussi avec les étudiants ou le reste de l'équipe pluridisciplinaire est appréciée :

« je suis très contente aussi parce-que maintenant j'ai aussi, bon, et bien les internes, des élèves infirmières. Donc ces rapports... enfin ces échanges entre patients et les étudiants, moi ça me va tout à fait, ce partage des jeunes »

« le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire, c'est vraiment super »

« c'est vrai que ASALEE permet ça, de rencontrer les médecins et de pouvoir échanger sur les patients et donc ça c'est bien »

« ce que j'ai trouvé aussi dans ASALEE, même si on est seul dans son bureau, on est quand même une équipe »

« au travail de collaboration avec le médecin, le patient ne va pas nous dire forcément ce qu'il va dire au médecin, puisqu'on a plus de temps et ça permet d'être au cœur de la prise en charge, que le médecin ait les infos qu'il n'a pas à la base et vice-versa »

« travailler au plus proche des médecins pour le patient je trouve que c'est le point vraiment positif dans la prise en charge globale du patient, on arrive d'autant plus à avancer. Et je crois qu'avec le recul maintenant depuis 2013 il y a que des côtés positifs à cette collaboration entre médecins et infirmières »

L'accent est mis sur la **collaboration et le soutien entre IDSP** :

« on se réunit en réunion de secteur, on discute entre nous et cet échange je trouve que moi j'en ai besoin en tout cas pour parler des situations compliquées, des problématiques, des questionnements »

« on n'est pas tout seul, notamment [autre participant], [autre participant] avec qui j'ai pu échanger sur les soucis que j'ai eus avec S. On n'est pas seul »

« j'ai animé deux séances dans le Lot et Garonne et les filles ont dit que ça avait permis, en fait, on ne cherche pas à avoir des solutions, mais en fait les questionnements, les réactions de chacune sans avoir d'opinions enfin voilà ça a permis de faire écho et peut-être à distance ou pas, surtout de ne pas se sentir seule en fait, on se rend compte qu'il y a des situations compliquées dans tous les cabinets. Mais je pense qu'à un moment donné on a besoin de décharger »

« parfois d'en parler avec une collègue beh ça te fait du bien »

En revanche, certaines participantes rapportent des **difficultés d'entente avec les infirmières libérales** :

« il y a eu des soucis, les infirmières libérales ont justement... celles qui louent les locaux en fait et elles étaient enfin elles m'avaient dit qu'elles étaient tout à fait au courant de ce que faisait une infirmière ASALEE, elles étaient très... avaient dit aux médecins qu'elles étaient partantes que c'était super qu'une IDE ASALEE arrive. Et une fois que je suis arrivée elles ont tout fait pour que je parte et j'en suis partie ».

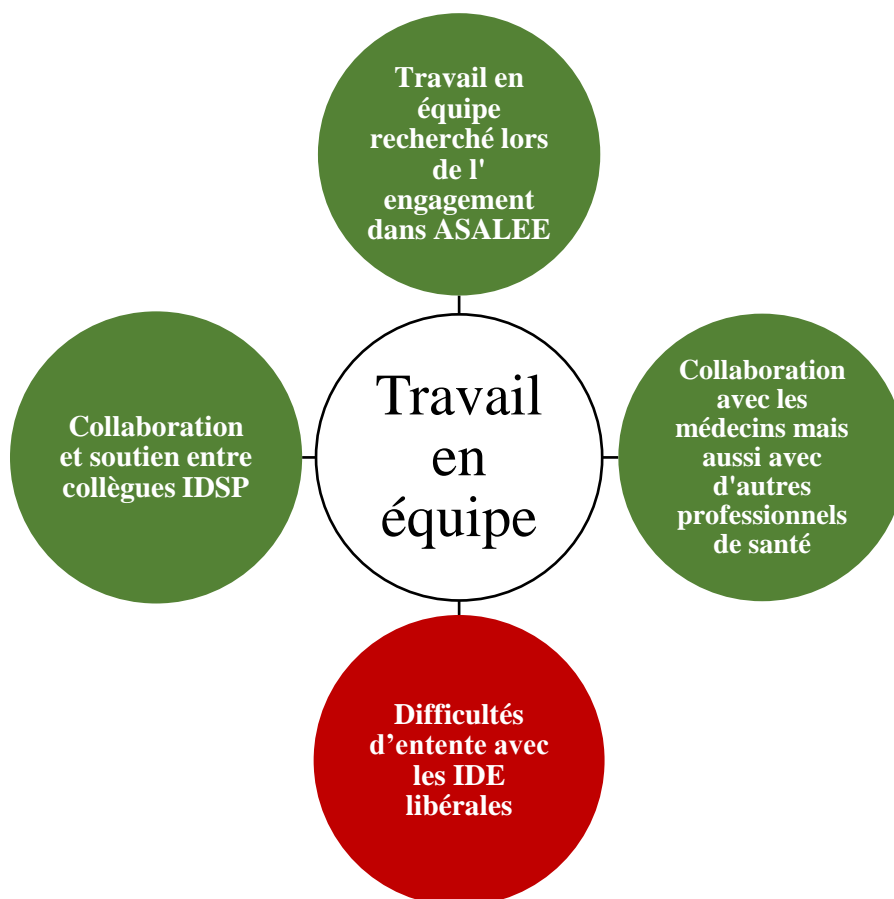


Figure 3 : Travail en équipe

### **3. Apporter l'ETP au plus près des patients**

L'**efficacité de l'ETP serait reconnue** et certaines pensent que la demande va s'accroître du fait du vieillissement de la population :

*« c'est reconnu que c'est efficace de toute façon l'éducation thérapeutique puisqu'il y a de plus en plus de maladies chroniques, les gens vivent de plus en plus vieux ».*

Des **difficultés qu'auraient certains programmes d'ETP hospitaliers**, tel qu'un manque de budget ou **un manque de temps**, ont été évoquées :

*« le médecin l'avait dit, que son budget obtenu pour l'ETP avait été réparti dans les autres services ».*

*« ils lui demandaient de faire de l'ETP sur ses 8h de travail, t'as pas le temps de t'occuper des gens alors si en plus il faut faire de l'ETP... ».*

Certaines déplorent le **manque de coordination qui semble exister entre les différents programmes éducatifs** :

*« il avait fait des séances d'ETP en cardio à D. et après il est venu me voir et après il allait voir la diet et SOPHIA ».*

Ce manque de coordination se traduirait aussi par **un défaut d'intégration du médecin traitant** :

« je pense que ça manque de coordination par rapport à tout ça et ça échappe à vous les médecins aussi parce que ça peut être un patient qui était hospitalisé, ils ont été orientés vers une structure qui connaissent, le médecin traitant il ne le sait pas il est « esquivé ».

Les programmes hospitaliers souffriraient également **de difficultés à s'inscrire dans le quotidien des patients** :

« même en diabète ils [les patients] y vont une semaine par an, voilà, et même s'ils y vont une semaine par an le reste du temps ils ne font rien. »

L'importance **d'avoir un local dédié à l'infirmière ASALEE** est mis en avant :

« un frein d'ASALEE aussi ça, de ne pas avoir un bureau dédié aussi...

« s'assurer que l'infirmière ait un bureau et que... maintenant je pense qu'ASALEE il ne rechigne pas à payer des loyers, à payer un ordi voilà mais que ce soit clair quoi »

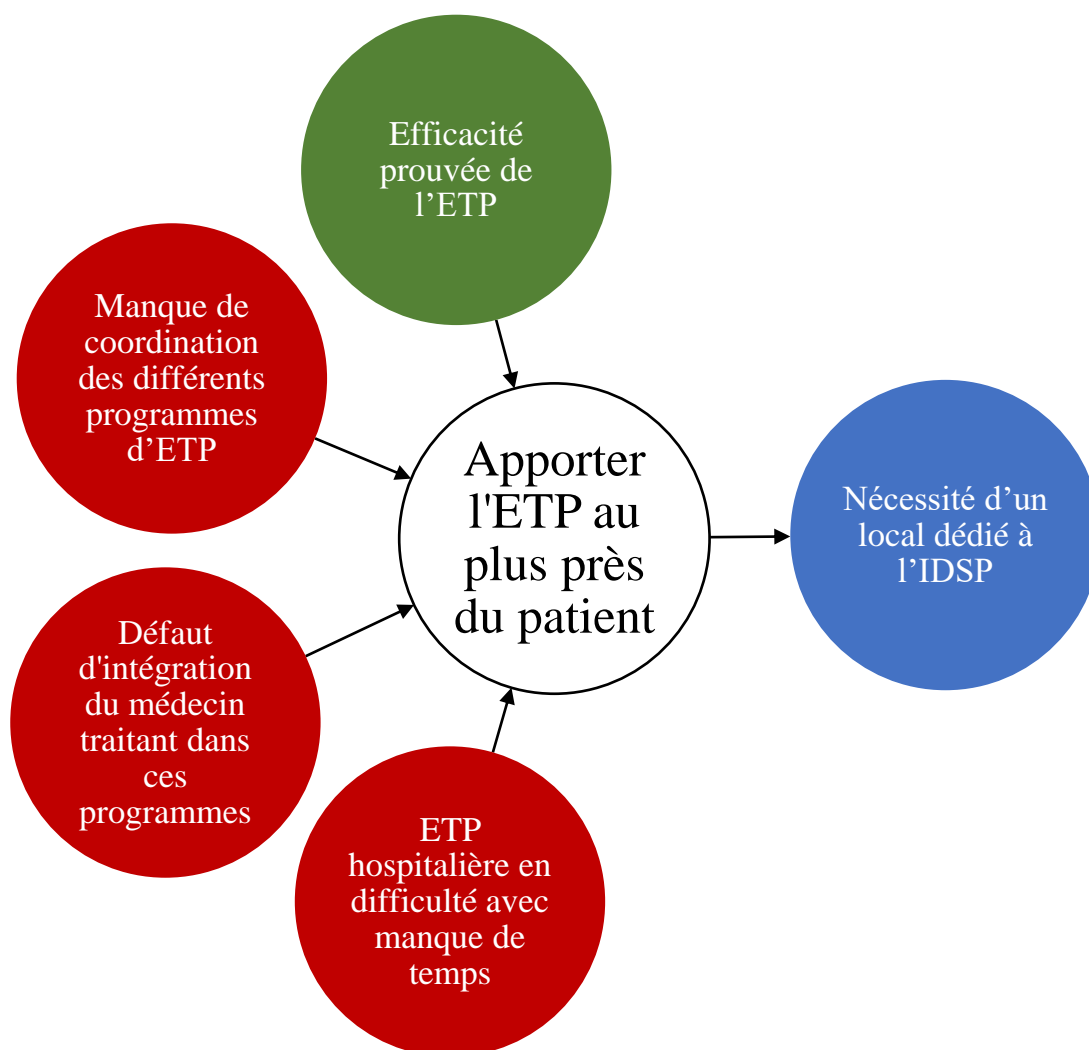


Figure 4 : Apporter l'ETP au plus près des patients

## **4. Fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient**

### **4.1. Entente médecin et IDSP**

**Les moyens de communication entre IDSP et médecins semblent assez divers.** Certaines utilisent le logiciel métier, certaines ont des échanges informels avec le médecin, d'autres organisent des réunions régulières formalisées :

*« je les vois, je discute tous les jours, tout le temps avec eux.*

- *T'as le temps de faire un debrief'.*
- *Tout le temps. Et si j'ai un problème avec un patient y a toujours un moment... Je leur aurais mis une note sur leur logiciel « venir me voir » ou « voir ensemble » et ils viennent et on en discute »*

*« je connais les médecins depuis plus de 30 ans, donc euh, voilà ça ne me pose aucun problème, entre deux consult', à la salle de repos [...]. Je travaille sur Weda, donc on met un post it' quand je veux vraiment qu'ils voient et si j'ai pas eu le temps d'aller toquer, je mets vite une alerte pour qu'ils lisent vraiment ce que j'ai mis »*

*« nous, on a commencé à instaurer des réunions. [...] C'est la coordinatrice qui a mis ça en place, ils sont très structurés quand même à M. Et donc avec deux médecins, on prend cinq cas concrets de patients. Voilà, on a commencé comme ça. [...] ils sont assez accessibles, je n'ai pas de souci de communication »*

*« je peux quand même les intercepter entre deux si j'ai un souci avec un patient »*

Ces échanges leur apporteraient de la **considération et du soutien** :

*« de la considération pour notre métier dans ASALEE, on est soutenues : à travers cette collaboration avec les médecins mais aussi par l'équipe administrative d'ASALEE qui nous soutient et met en avant notre travail »*

*« c'est valorisant et on se dit « c'est chouette, j'ai pas choisi ça c'est pas pour rien quoi » ([autre participant] dit « oui » de la tête) et la considération aussi comme tu dis (s'adressant à [autre participant]) je trouve que par exemple à Paris, A. D., je trouve qu'il prend l'infirmière euh... pas de haut quoi ! »*

**Cependant, certaines participantes semblent éprouver des difficultés à communiquer** avec les médecins, notamment pour organiser des réunions régulières :

*« Donc ça, c'est un peu handicapant. Alors après oui, tu vas discuter avec le médecin mais tu ne vas forcément pas discuter sur le moment, il va s'écouler du temps, une journée, quelques heures, quelques semaines. Y a des fois, il faut les attraper. Et ça, c'est pas toujours... pour moi c'est un point qui peut être négatif aussi »*

*« Moi, par exemple, si je veux voir mes médecins, il faut que je les attrape au vol. J'ai du mal à poser du temps avec eux. Maintenant, ils commencent à vouloir demander ce temps-là, mais ça fait deux ans que je rame pour les amener à ça »*



*« par contre les temps de réunions, pfff... Pour réunir les trois, c'est trop compliqué, voilà. Donc, en fait, c'est un peu au coup par coup. Ça va être une fois un tel, c'est à tour de rôle. Mais les trois ensembles, c'est très difficile »*

*« j'ai trois cabinets différents, donc je pense que ça va être compliqué »*

**Les bénéfices de la participation des médecins aux réunions de secteur des IDSP ont été évoqués :**

*« on a aussi fait une réunion de secteur entre guillemets médecins infirmières, le soir pour la disponibilité des médecins qui fait que ça leur a permis à eux d'évoquer aussi leurs problèmes qu'on n'entend pas nous forcément, infirmières, sur lesquels on va pouvoir travailler »*

**Et les difficultés que cela peut présenter :**

*« les réunions, je pense qu'ils ne prendront pas forcément le temps de venir, par exemple pour une réunion de secteur »*

**L'importance d'une cohérence entre les discours du médecin et de l'infirmière, qui renforcerait l'efficacité du travail conjoint et l'adhésion du patient, a été soulignée :**

*« le fait qu'on reprenne nous (les médecins) en consultation ce que vous, vous avez dit en consultation, ça donne encore plus de poids ?*

- *et ça fait une continuité, ils disent qu'on est dans le même registre je pense aussi*
- *ça c'est essentiel, parce que si le patient il sent qu'il n'y a pas le même discours, qui ne va pas dans le même sens, ça ne tiendra pas*
- *ouais... je crois que c'est important qu'on communique, parce qu'il faut qu'on dise les mêmes choses »*

**Une interrogation sur la présentation faite par le médecin au patient sur le fonctionnement d'ASALEE a émergé :**

*« y a des fois, ils [les patients] arrivent, on leur dit : « vous êtes là pourquoi ? Je sais pas » [...]. Le « je sais pas » est handicapant. Parce-que le médecin nous l'a envoyé, mais ils n'ont pas compris pourquoi ni comment »*

*« Oui, pareil, une dame aussi qui venait qui ne savait pas pourquoi elle était là »*

*« C'est important aussi que le médecin ait eu ce discours quand même avant, parce que nous on arrive sur un terrain nu. C'est encore plus compliqué, quand les gens arrivent de nulle part »*

*« Et finalement, ils arrivent le travail, la roue de Prochaska avancés avec le médecin. Nous, on arrive souvent en pré-contemplation, contemplation. Voilà, on a juste un pas à sauter pour réussir à les amener où on veut. Donc, c'est positif. »*

**Cette présentation serait donc ressentie négligée ou incomplète,** alors qu'il s'agit d'une étape essentielle pour susciter l'adhésion du patient. Certaines infirmières signalent que les médecins auraient conscience de ce problème :

*« ils ont aussi le problème de comment on présente l'infirmière, ils sont un peu lâchés à eux même ».*

## 4.2. Relation entre patient et IDSP

La relation de confiance qui se fait avec le patient et la **considération ressentie par le patient** du fait d'une **écoute attentive**, ont été mises en avant :

*« j'ai l'impression aussi que le patient se sent plus important, parce que souvent ils me disent « le médecin il m'a demandé de vous voir vous, pour qu'on puisse parler etc. » donc ils se sentent plus important ouais aux yeux des médecins »*

*« j'ai l'impression qu'ils ont l'impression d'être entendus et que du coup beh enfin on a écouté leurs soucis et on a mis un point dessus, une importance en fait quelque part »*

**Cette considération semble encourager le patient à s'autonomiser :**

*« ça leur donne de l'importance et du coup vu qu'il y a de l'importance ils se disent « s'il m'a dit que mon diabète n'était pas équilibré, qu'il fallait que je fasse de l'effort par rapport à mon alimentation » il va peut-être entendre et mettre plus de valeur sur ce que lui a dit l'infirmière ou le médecin en fait »*

Les patients considèreraient les IDSP comme un **nouvel interlocuteur**, différent du médecin, avec un **nouveau rôle leur permettant de recueillir des informations pas toujours explorées par le médecin ou l'infirmière libérale :**

*« Le fait qu'on soit infirmier et pas médecin, parce que médecin, y a l'aura du médecin.... Y a des personnes qui m'ont dit des choses très personnelles et qui disent « est ce que vous pouvez pas le mettre dans le dossier du docteur pour que quand je vais le revoir, il le sache et... ». Voilà, ils aimeraient bien que le médecin le sache mais ils n'osent pas lui dire, du coup on est un peu un biais. Et ça, le fait qu'on soit infirmières, même si on fait de l'écoute, on est un peu encore dans le soin, ils nous voient comme ça. Dès qu'on dit qu'on est infirmières, ils ont confiance »*

*« Y a une entente thérapeutique qui se crée entre nous et le patient qui est différente de l'entente entre le patient et le médecin »*

*« le médecin c'est Dieu quoi, il sait tout, il dit tout et je fais ce qu'il dit quoi ! Pour beaucoup de personnes encore, ça reste dans ce registre-là donc ils se permettent peut-être de nous dire des choses qu'ils ne vous disent pas à vous »*

*« un patient qui m'a dévoilé des choses et on a tout compris, pourquoi il ne soignait pas son diabète etc... et quand je l'ai dit au médecin il m'a dit « ah bon il t'a dit ça ? moi il ne m'en a jamais parlé ». »*

**La méthodologie de l'approche de la relation avec les patients serait différente :**

*« Oui y a une méthodologie mais comme disait [autre participant], on apprend des choses qui permettent de débloquer des situations ».*

Pour améliorer encore cette relation soignant-patient, certaines s'interrogent sur l'intérêt d'**intégrer davantage le patient dans l'association ASALEE** comme, par exemple l'inviter aux réunions de secteur en tant que patient expert comme cela a déjà été fait précédemment :

*« je pense que même des fois il y a des patients qui nous font avancer comme la dernière fois en réunion de secteur [...] Donc euh... intégrer un peu plus les patients dans nos réunions peut-être et je pense que ça peut... ça nous ferait avancer différemment »*

### 4.3. Consultation en trinôme

Une **expérience de consultations à trois** a été partagée (patient, IDSP, médecin) : elle aurait été bien accueillie par le patient et pourrait constituer une perspective d'avenir dans ASALEE :

*« qu'en faisant les consultations on a eu l'occasion d'en faire à trois (infirmière, médecin et patient), bah déjà ils [les patients] se disent « waouh déjà le médecin il prend le temps de venir me voir avec l'infirmière, bah dis donc », ça rejoint ce que tu disais (s'adressant à I0) ça leur donne de l'importance et du coup vu qu'il y a de l'importance ils se disent « s'il m'a dit que mon diabète n'était pas équilibré, qu'il fallait que je fasse de l'effort par rapport à mon alimentation » il va peut-être entendre et mettre plus de valeur sur ce que lui a dit l'infirmière ou le médecin en fait ».*

Une collaboration encore plus proche passant par des protocoles avec une délégation de tâches encore plus intégrée a également été suggérée :

*« y a déjà des cabinets de M. qui ont déjà mis en place des protocoles sur... et bien, le médecin traitant ne va plus voir les patientes diabétiques tous les trois mois pour les renouvellements, il va faire une ordonnance pour 6 mois par exemple. Mais par contre, tous les 3 mois, l'infirmière ASALEE fera le bilan de tous les trois mois correctement »*



Figure 5 : La coopération IDSP / patient / médecin, une nouvelle relation

## **5. Un changement des pratiques**

### **5.1. Une nouvelle spécialité du métier d'infirmière**

L'activité des infirmières dans ASALEE semble différente de celle d'infirmière hospitalière ou libérale mais une **complémentarité des deux activités** a été soulignée :

« je trouvais que c'était vraiment complémentaire du libéral ».

Cependant, une **expérience dans le soin classique serait nécessaire avant d'intégrer ASALEE** :

« moi je n'aurais pas conçu de faire du libéral au bout d'un an de diplôme. Moi je ne me sentais pas prête, fallait passer par des services ».

« Et ça, quand on est en libéral ou en ASALEE, on l'a plus. Des connaissances qu'il faut avoir que, ben si tu les as pas, tu les as pas quoi. Et, c'est pas la même façon de travailler avec des collègues, travailler en équipe et de se retrouver tout seul ».

Une proposition d'allonger le délai entre l'obtention du diplôme d'infirmière et l'entrée dans ASALEE est suggérée :

« il faut un certain temps, surtout dans notre métier, pour pratiquer, pour voir un peu tout ».

« j'espère que y aura une marge peut être plus importante que deux ou trois ans pour intégrer ASALEE ».

**Ce changement de pratiques tourné vers l'activité éducative se ferait au détriment de certaines compétences de soins qui seraient délaissées dans le métier d'IDSP :**

« on perd aussi dans ASALEE, tout le côté soin, soignant pour lequel on a été formé au départ ».

« le passage du soin à ASALEE et tout ce que ça comporte, je l'envisage très bien parce que je l'ai fait donc ce serait un peu... voilà. Mais le passage de quitter ASALEE et repartir vers le soin, je me dis qu'elles vont perdre beaucoup de choses, parce que l'évolution du soin va très très vite et qu'elles risquent de perdre beaucoup ».

Le contre-exemple des infirmières thermalistes nuance ces propos :

« elles se débrouilleront quand elles choisiront de repartir en soin. Comme quand on choisit de partir dans le thermalisme, on n'est plus une infirmière, on n'est plus considérée comme infirmière donc il faut se remettre aux soins pour pouvoir accéder à autre chose. Et y en a qui commencent directement par le thermalisme ».

Un sentiment de **manque vis-à-vis de leur précédente activité de soins** a aussi été évoqué. Certaines se disent attachées à l'aspect technique de leur métier :

« la technique j'en ai besoin. »

## 5.2. Organisation pratique du métier

Plusieurs infirmières ont noté des **conditions de travail avantageuses** :

« les horaires de travail »

« pas de week-end »

Ainsi qu'une satisfaction sur l'aspect financier, même s'il y aurait une diminution pour certaines comparativement à leur activité libérale ou hospitalière :

« on n'est pas trop mal payé ma foi aussi ([autre participant] rit) »

« le salaire aussi ! Je pense que c'est important de le dire aussi »

« moi par contre pour le salaire j'ai perdu moi par rapport à l'hôpital, je ne dirai pas comme toi »

« quand on sort du libéral aussi, tu perds oui mais comparé à l'hôpital, enfin moi où j'en étais j'étais en dialyse avant, je gagnerai plus à ASALEE qu'à l'hôpital »

La **possibilité d'adapter leur temps de travail est mise en avant**. Le parcours d'une infirmière présente illustre parfaitement cette souplesse :

« J'étais toujours en libéral avec 30% d'ASALEE et du libéral. Depuis 2017 jusqu'à fin 2018, je suis resté à 30%, j'ai fait deux mois à 80 % et je suis maintenant à 100 % dans ASALEE »

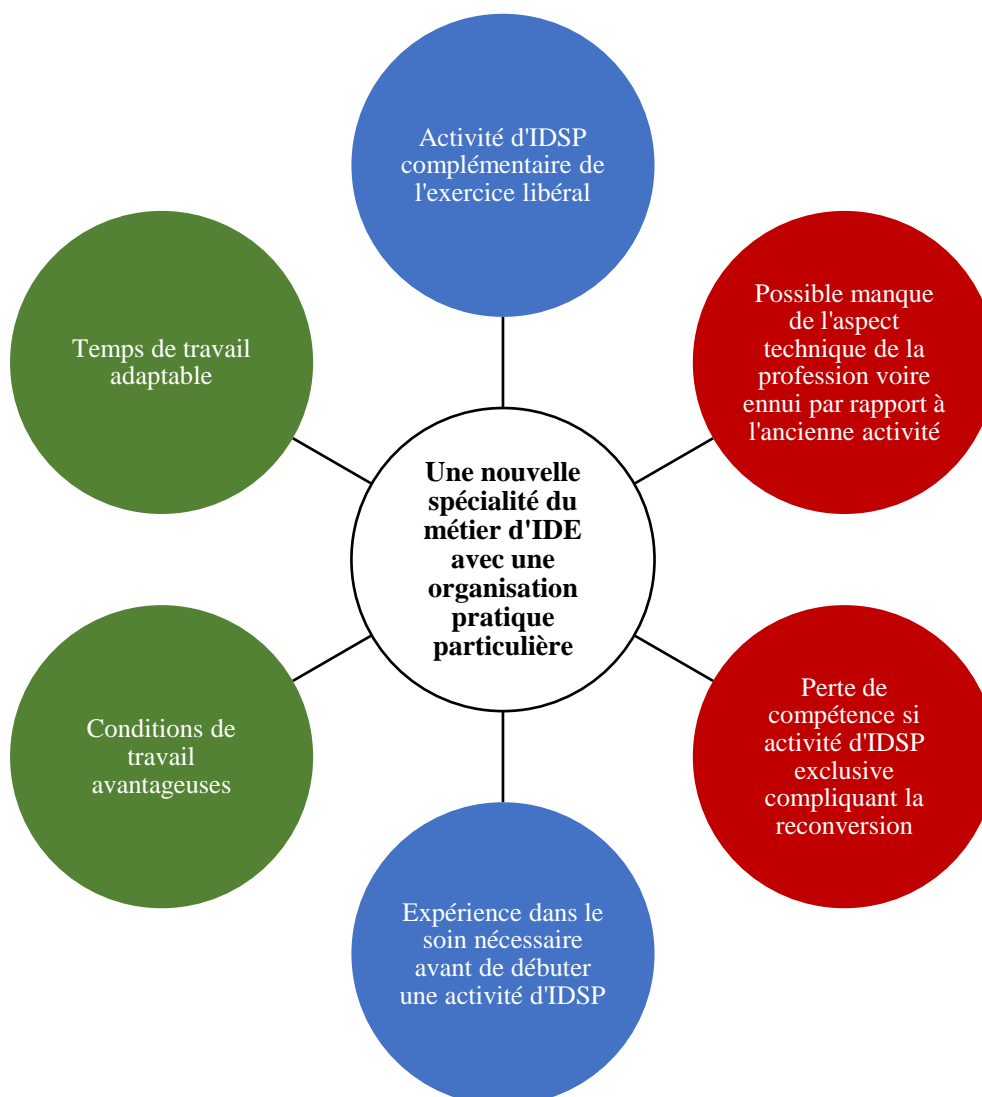


Figure 6 : Une nouvelle spécialité du métier d'IDE avec une organisation pratique particulière

### 5.3. Un autre rapport au patient

Au cours des focus group, la relation soignant-patient est décrite comme totalement différente par rapport à leur activité précédente.

**La prise en charge serait plus globale** et aborderait d'autres aspects de la vie du patient :

*« le fait d'arriver dans ASALEE, on travaille sur le côté psycho et social en plus du reste »*

*« ce qui est bien, en fait on n'explore pas qu'un truc quoi, on prend le patient dans sa globalité »*

*« à chaque fois on ne parlait pas du diabète quoi, on parlait de tous ses problèmes de couple après, enfin j'ai eu droit à tout quoi »*

**Le patient serait au centre de la prise en charge et deviendrait acteur de sa santé :**

*« Et puis s'il vient et qu'on ne parle pas de sa pathologie, qu'on parle d'autre chose, eh ben c'est pas grave, c'est qu'il en avait besoin, on y reviendra ou pas, ça dépend, c'est lui qui décide et ça, ça me plaît. »*

*« dans ASALEE, on a l'habitude de dire que c'est le patient le patron »*

*« c'est quand même lui qui décide s'il revient nous voir, à quelle fréquence, combien de fois, c'est lui qui décide de ce qu'on a le droit de dire ou pas à son médecin, c'est lui qui décide si oui ou non on peut aller voir un médecin pour lui parler d'un problème »*

*« on ne va pas dans le « il faut que », on part d'eux et de ce qu'ils veulent, eux, changer dans leur vie pour aller mieux quoi, on ne dit pas « il faut faire ci, il faut faire ça, il ne faut pas prendre ça ». »*

En revanche, certaines infirmières alertent sur la **perte d'informations qu'ASALEE pourrait induire du fait de l'absence de visite à domicile** (contrairement à l'activité libérale) :

*« sortir du contexte du...comment dirai-je... c'est pas du soin mais de voir comment vivent les gens chez eux. [...] Mais quand on est après longtemps dans un bureau, comment on peut savoir comment vit la personne ? Parce que c'est bien gentil de dire des mots, et situation précaire, et campagne, et machin »*

Cependant, **l'approche éducative peut également apporter d'autres informations qui n'étaient pas forcément recherchées par l'activité libérale classique :**

*« où le fait de pas aller à domicile peut être handicapant, mais où on a plein d'autres infos qu'on n'avait pas quand on était qu'à domicile non plus »*

Il est aussi possible pour l'infirmière ASALEE de se rendre à domicile :

*« Y a un versant d'ASALEE qui permet à l'infirmière de se déplacer et de surveiller le patient et de connaître son environnement »*

#### 5.4. Temps accordé au patient par ASALEE

Le temps accordé au patient a été largement abordé par les infirmières.

Tout d'abord, il a été constaté un **manque de temps pour le patient dans l'exercice infirmier libéral ou hospitalier**. Ce temps qu'accorde ASALEE a été une des motivations pour intégrer l'association :

*« j'étais un petit peu frustrée vers la fin de ce manque de temps et moi d'aller trop vite comme ça, c'est pas mon truc »*

*« j'avais ce manque en libéral de prendre le temps d'écouter les patients, de les voir dans la globalité et ça je trouvais que ça me manquait dans la pratique »*

*« je me suis dit « en fait c'est ASALEE qu'il faut ». Déjà à l'hôpital, c'est le manque de temps ([autre participant] acquiesce), on fait tout vite on n'a pas le temps »*

*« le patient voit très bien qu'à domicile on n'a pas le temps, il sait très bien qu'à peine on est arrivé qu'il faut qu'on reparte »*

Le manque de temps des médecins est aussi souligné :

*« ce n'est pas que les médecins ne les écoutent pas (en souriant) mais c'est que vous avez moins de temps que nous »*

**Ce temps accordé par ASALEE serait un « luxe », qui profiterait à la fois aux patients et aux IDSP en améliorant la qualité du travail fourni :**

*« je travaille dans le luxe comme j'ai l'habitude de dire, j'ai du temps et le temps à l'heure actuelle, eh ben on court partout, tout le temps [...] on a le temps de les écouter, on a le temps de discuter et on a le temps de se projeter, de faire un point, que ce soit à tous les niveaux, que ce soit dans le soin, parce qu'on est en relation avec des équipes, que ce soit avec les médecins, que ce soit avec les patients, avec la famille des patients »*

*« c'est ce temps moi qui est précieux pour bien travailler. Pour moi c'est ce qui était important dans mon soin, pas bâcler, de prendre le temps de bien faire les choses »*

*« je suis contente parce que j'ai du temps avec les gens quoi »*

*« j'ai reçu des patients, ça fait dix ans que je fais du libéral, que je ne connais pas depuis 10 ans mais pas loin, et en fait en leur consacrant  $\frac{3}{4}$  d'heure on en apprend plus qu'en dix ans quoi ! »*

*« c'est l'avantage aussi dans ASALEE c'est que nous on a du temps pour le patient et pour monter des ateliers »*



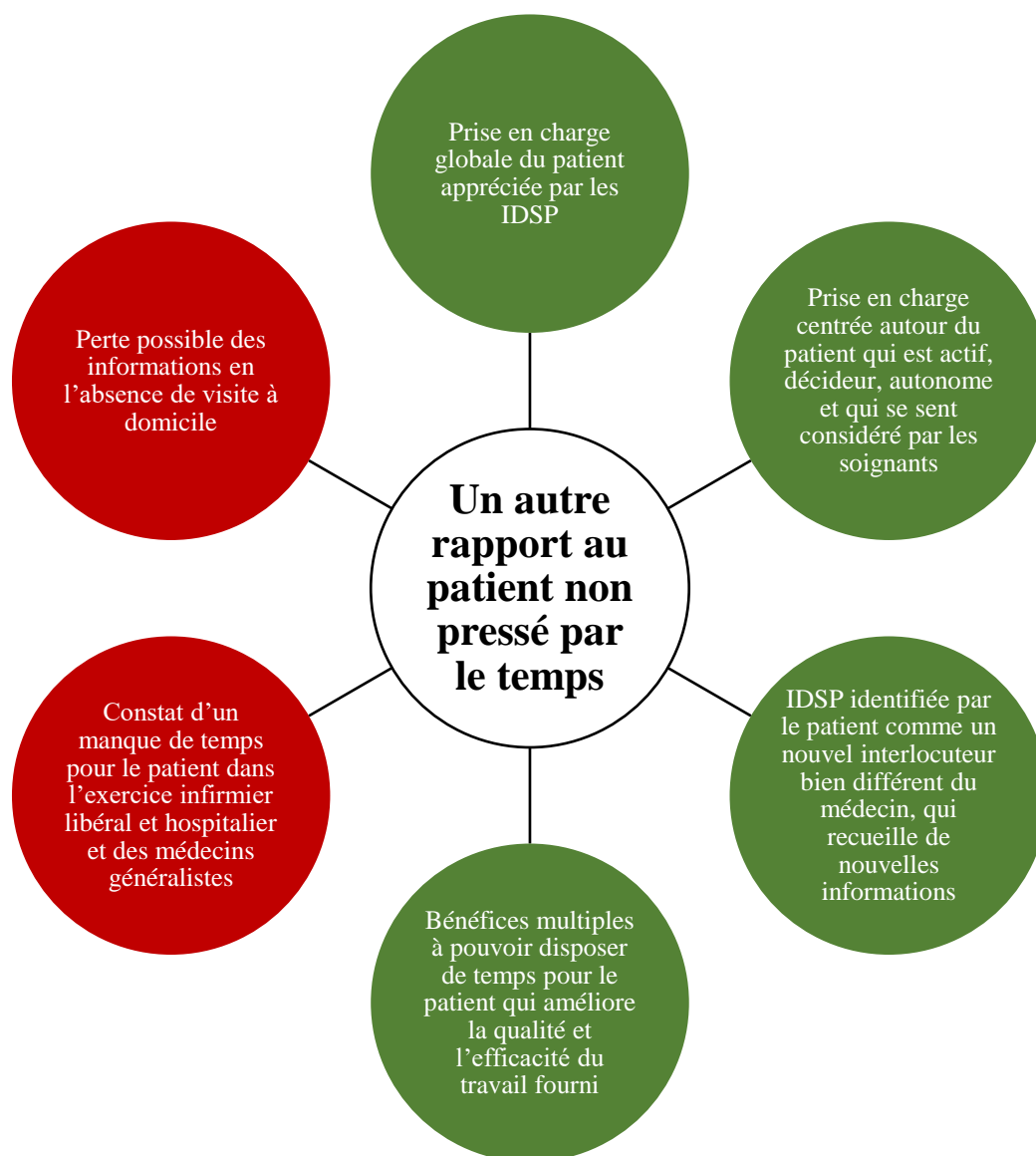


Figure 7 : Un autre rapport au patient non pressé par le temps

### 5.5. Difficultés ressenties par les infirmières

Certaines infirmières signalent avoir ressenti **au début de leur activité un manque de confiance en elle**. L'ETP a pu être un concept difficile à appréhender pour quelques infirmières qui ont éprouvé un besoin de validation par une tierce personne plus expérimentée au début de leur activité :

*« quand on vous dit ETP ETP, même si on en fait [...] c'est pas concret. [...] c'est pas concret, quand on débute »*

*« je lui ai même demandé, c'est pas que j'avais pas confiance mais je ne voulais pas faire n'importe quoi, d'assister à une consultation pour qu'elle me corrige enfin pas me corriger mais voir si ça répondait aux attentes parce que c'est pas évident... y a plus de cadre ».*

Les premières consultations permettent d'ajuster leur prise en charge :

*« je suis encore en train de chercher mes outils, de... ouais, je me laisse un peu porter par les patients ».*

Certaines infirmières évoquent le problème **des trop fréquents rendez-vous non honorés** par le patient qui ont pu être source de remise en question :

*« au début moi c'était fréquent, moins après. Et ça dépend des régions aussi, parce que j'ai travaillé à P. dans le 93, c'était très souvent quoi »*

*« du temps perdu et puis ça peut être une remise en question au départ en fait »*

*« si quand tu l'as déjà vu et qu'il ne revient pas, tu te remets en question ».*

Ensuite, une **difficulté à recevoir les plaintes des patients a été signalée**, notamment sur le plan psychologique. Elles s'interrogent quant à la possibilité de se former à ce sujet :

*« des fois, on n'est pas formées à entendre euh... ce qu'on peut... on peut entendre des fois des trucs terribles quoi... ».*

*« je ne sais pas s'il faut qu'on soit formées à ça, mais formées à ce que nous disent les patients, parfois ça peut être dur ».*

Une infirmière souligne la différence entre un psychologue et un infirmier :

*« j'ai eu droit à tout quoi, tu te dis, c'est là où tu te dis que t'es pas psy quoi ».*

Dans leur quotidien, elles gèrent cette difficulté en échangeant avec leurs collègues :

*« parfois d'en parler avec une collègue ben ça te fait du bien ».*

*« il y a des choses super lourdes, j'en parle au médecin en fait, on fait comme ça ».*

Pour d'autres, les groupes d'analyse de pratiques lors des réunions de secteur des IDSP seraient une solution :

*« il y a les groupes d'analyse de pratique, qui sont mis en place pour parler de situations qui ont été compliquées ça sert à ça aussi ».*

En dehors de ces échanges entre professionnels, certaines infirmières ont signalé ressentir **des moments de solitude** comparativement à leur précédente activité hospitalière, notamment dans des cabinets isolés :

*« en fonction des cabinets on est loin quoi, par exemple moi à L. je suis loin quoi de M., des collègues dans le G. aussi qui sont super isolées, et on se sent vite seule ».*

*« après on a le téléphone mais peut-être qu'on ne le fait pas assez, alors qu'à l'hôpital quand tu avais un souci t'en parlais de suite » ou encore : « déjà on mangeait ensemble nous donc forcément on en parlait, ça nous faisait du bien, tu t'en rends pas compte mais c'était sur le moment quoi ».*

D'autres ont signalé un sentiment de **manque de soutien de la part de leur hiérarchie** qui n'aurait pas conscience de leurs difficultés :

*« parfois manque de soutien de la hiérarchie, enfin la en l'occurrence... ».*

- *je pense qu'ils ne sont pas soignants, ils ne se rendent pas compte*
- *ils ne réalisent pas ».*

Un projet en cours d'élaboration dans ASALEE répondant à la demande en matière de **santé au travail** a été évoqué. Une infirmière fait partie du nouveau Comité Santé et Sécurité au Travail (CSST) :

*« Nous au sein du CSST, c'est le Comité Santé et Sécurité au Travail. On va s'attacher à mettre en place des choses [...] on va s'attacher à ce que les conditions de travail psychologiques et physiques puissent être améliorées ».*

**L'absence de médecine du travail** a aussi été remarquée. **L'ouverture d'une cellule d'aide psychologique** est saluée :

*« je me dis que peut être une consultation de médecine du travail, ce serait peut-être judicieux aussi »*

*« Y a la cellule de psychologue qui a été mise en place, pour les personnes qui sont en souffrance au sein d'ASALEE. Et ça je trouve que c'est une très très bonne chose ».*

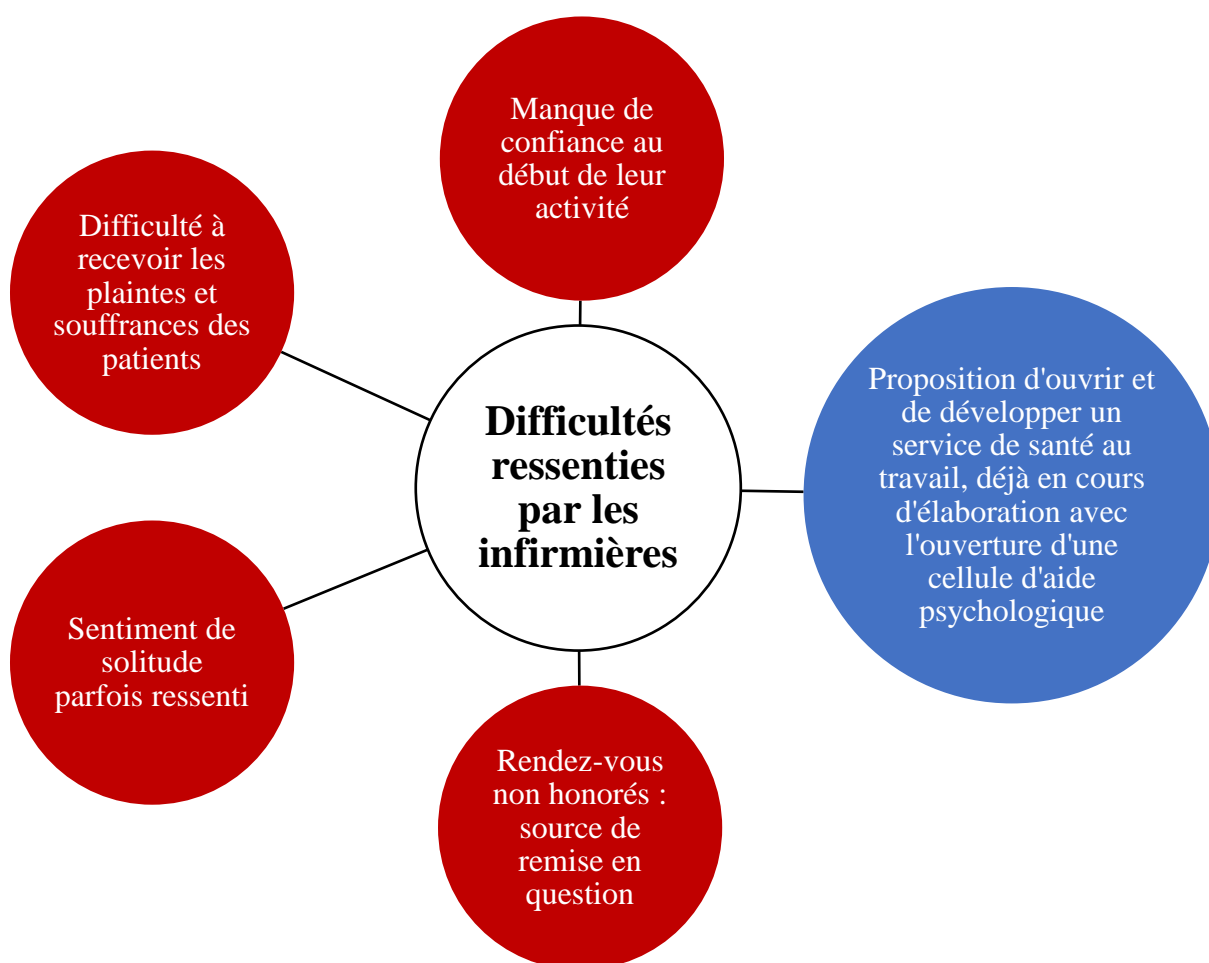


Figure 8 : Difficultés ressenties par les infirmières

## 5.6. Une réticence des médecins à changer leurs pratiques ?

Les IDSP ont parfois constaté un **manque de motivation de la part des médecins**.

« *ils (les médecins) ne sont pas tous très motivés. Pourquoi ils sont rentrés dans ASALEE ?* »

Certaines se sont demandées si ce manque de motivation des médecins ne venait pas d'une **réticence à changer leur pratique**, faisant un parallèle avec le **vieillessement de la population médicale** et évoquant le cas des médecins proches de la retraite :

« *Les médecins sont vieillissants et n'ont pas envie de s'embêter finalement avec tout ça, avec tout ce chamboulement, différentes nouvelles façons de fonctionner. Je comprends que quand on a fonctionné 40 ans comme ça, aller s'embêter avec une infirmière qui vient...* ».

« *un médecin sur D. me l'a dit « j'ai mes habitudes, j'ai la réunionite »* ».

**Certaines IDSP ont alerté sur la tendance que peuvent avoir les médecins à ne pas penser à leur adresser des patients pourtant éligibles :**

« *souvent ils nous disent qu'ils n'y pensent pas, ils sont pris... après peut-être que je m'impose pas assez, c'est vrai qu'avec A. on est peut-être un peu trop discrètes. Mais ils sont discrets eux aussi, donc je ne veux pas toujours les harceler... mais ils avouent qu'ils n'y pensent pas* »

- *et pourquoi tu en voyais que 2 du coup, ce sont les médecins qui ne te les envoyaient pas ?*

[...]

- *les médecins je dirai au départ, parce qu'ils n'avaient pas euh... ils ne voyaient pas tout ce qu'ils pouvaient nous envoyer* »

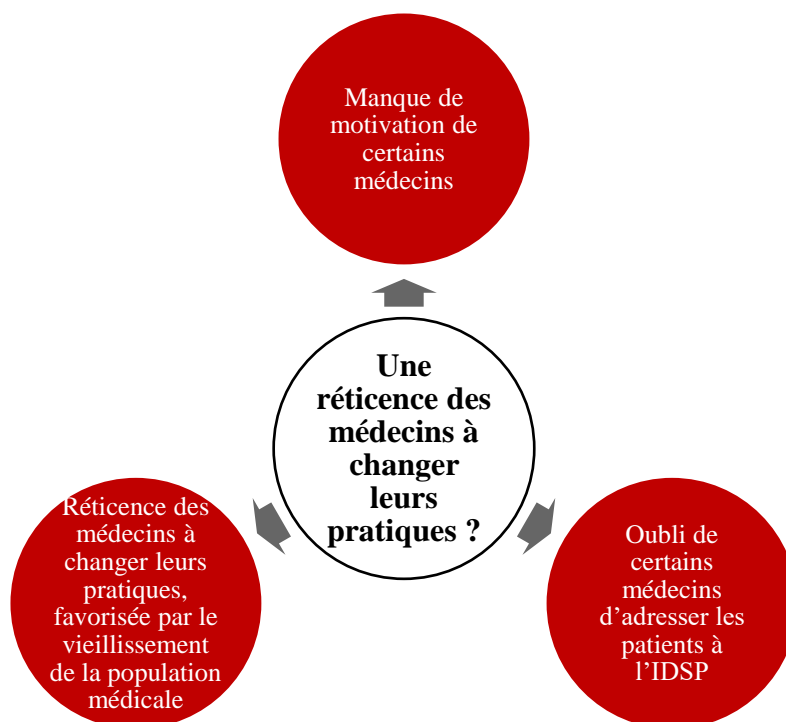


Figure 9 : Une réticence des médecins à changer leurs pratiques ?

### 5.7. Un mode de fonctionnement ouvert

L'**autonomie** que permet ASALEE semble appréciée :

*« Y a une autre qualité, c'est au sein d'ASALEE, c'est l'autonomie. L'autonomie de l'infirmière dans son cabinet »*

*« il y a énormément de liberté dans ASALEE »*

Selon certaines d'entre elles, ce fonctionnement serait difficile à l'hôpital. Cette autonomie leur permet d'innover et de proposer de nouvelles choses aux patients.

*« c'est qu'à l'hôpital tu ne peux pas te permettre de faire »*

*« c'est l'avantage aussi dans ASALEE c'est que nous on a du temps pour le patient et pour monter des ateliers si on veut aussi... donc on fait des ateliers si on a la possibilité, on n'est pas limité »*

*« Tu peux monter un atelier marche, on te laisse du temps pour le programmer, un atelier cuisine... enfin j'en sais rien, ce que tu veux, ils ne vont pas rechigner si tu as passé 3h à préparer ton atelier ».*

Cependant **cette autonomie aurait ses limites** :

D'une part, une trop grande liberté, comme par exemple **l'absence de contrôle** sur le temps de travail, pourrait amener à des abus :

*« (...) a parlé de l'autonomie par rapport à son propre planning etc... euh... on n'a pas de contrôle par rapport à tout ça. Il faut que l'infirmière soit quand même droite dans ses baskets et respectueuse de son engagement »*

*« moi je suis à 35h semaine maintenant, je jongle sur les heures, parce que j'ai des rendez-vous patients, mais tout ce que je fais à côté, c'est du déclaratif. Toutes les heures que je passe au CSE, que je passe à faire plein de choses... »*

*« tu te dis qu'il y a forcément des gens qui en profitent, qui doivent bien abuser »*

D'autre part il existerait un risque pour les IDSP de se disperser dans leur travail et de **s'éloigner de leur mission première** :

*« Le fait que cette holocratie nous laisse complètement autonome, on peut s'y perdre complètement là-dedans »*

*« cette liberté, elle peut être un travers pour certaines, c'est-à-dire qu'il y en a qui sont hyper investies dans leurs activités et elles sont débordées par trop d'activités »*

*« s'il y a des burn-out en ce moment, il y a beaucoup de filles qui ont peut-être un manque de reconnaissance dans le sens où il n'y a pas de hiérarchie et que du coup elles peuvent faire plein de choses et qu'elles ont ce manque de reconnaissance »*

**Une limite dans le nombre de missions annexes (missions transverses) qui peuvent être réalisées par les IDSP au sein d'ASALEE** semblerait judicieuse :

*« Compagnonnage, formateur, ETP, protocole. Y a plein de choses. Et je pense qu'il faut limiter tout ça »*

« 2, 3, grand max. Parce qu'après, on se perd, on fait beaucoup de missions c'est très bien, on perd du temps pour nos patients, on perd des infos, on perd des gens au passage parce que on perd des infos »

La fonction première de l'infirmière ASALEE serait le lien avec le patient et de trop nombreuses missions transverses pourrait les éloigner de cette mission :

« moi j'ai voulu rester qu'en consultation parce que je vois pas comment on peut faire 50 choses, quoi. Honnêtement, on peut pas »

« je me dis « on perd un peu le lien quand même », parce que, à la base ASALEE c'est l'éducation du patient et là on...je vois pas comment on peut arriver à former et à faire ces missions transverses... »

**Un manque de structuration au sein d'ASALEE** semble poser problème, avec un ressenti de **difficultés à contacter les référents** qui seraient moins disponibles du fait du développement d'ASALEE :

« Nos instances sont très floues, on n'a pas d'organigramme »

« On n'a pas une structure qui permet d'éviter l'embourbement ou les dérapages »

« on a du mal à les avoir (soupirs) parce qu'ils sont débordés, parce que ça a tellement pris d'ampleur qu'ils ne sont plus aussi disponibles qu'avant »

« il faut qu'il y ait un cadre qui se mette en place »

Cette absence de structure pourrait avoir pour conséquence **l'apparition de leaderships**, ressentis comme non légitimes, qui pourraient être responsables d'abus de pouvoir, et source de conflits voire de souffrance au travail chez certaines IDSP:

« Et pour certaines, la rétention d'informations fait qu'elles ont une sensation de pouvoir [...], et malheureusement, ça peut engendrer des situations embêtantes voire des souffrances de certaines personnes au sein d'ASALEE »

« Et plus on prend de missions, plus on prend la grosse tête et plus on a l'impression d'avoir du pouvoir »

« dans cette holocratie, c'est le fait des leaderships. Alors, certes naturels. Mais des leaderships qui s'octroient des pouvoirs à bon et souvent à mauvais escient »

D'autres infirmières nuancent es propos en précisant que **l'organisation de l'association se construit en même temps qu'ASALEE se développe, et que la hiérarchie reste ouverte à la discussion** :

« s'il manque plein de choses dans ASALEE ce n'est pas fait exprès c'est juste qu'ils essaient de construire au fur et à mesure en fonction des besoins, des attentes et les choses se font avec le temps, malheureusement c'est comme partout il y a des choses qui se font dans l'urgence quoi ! Parce qu'ils sont quand même toujours ouverts à la discussion ».

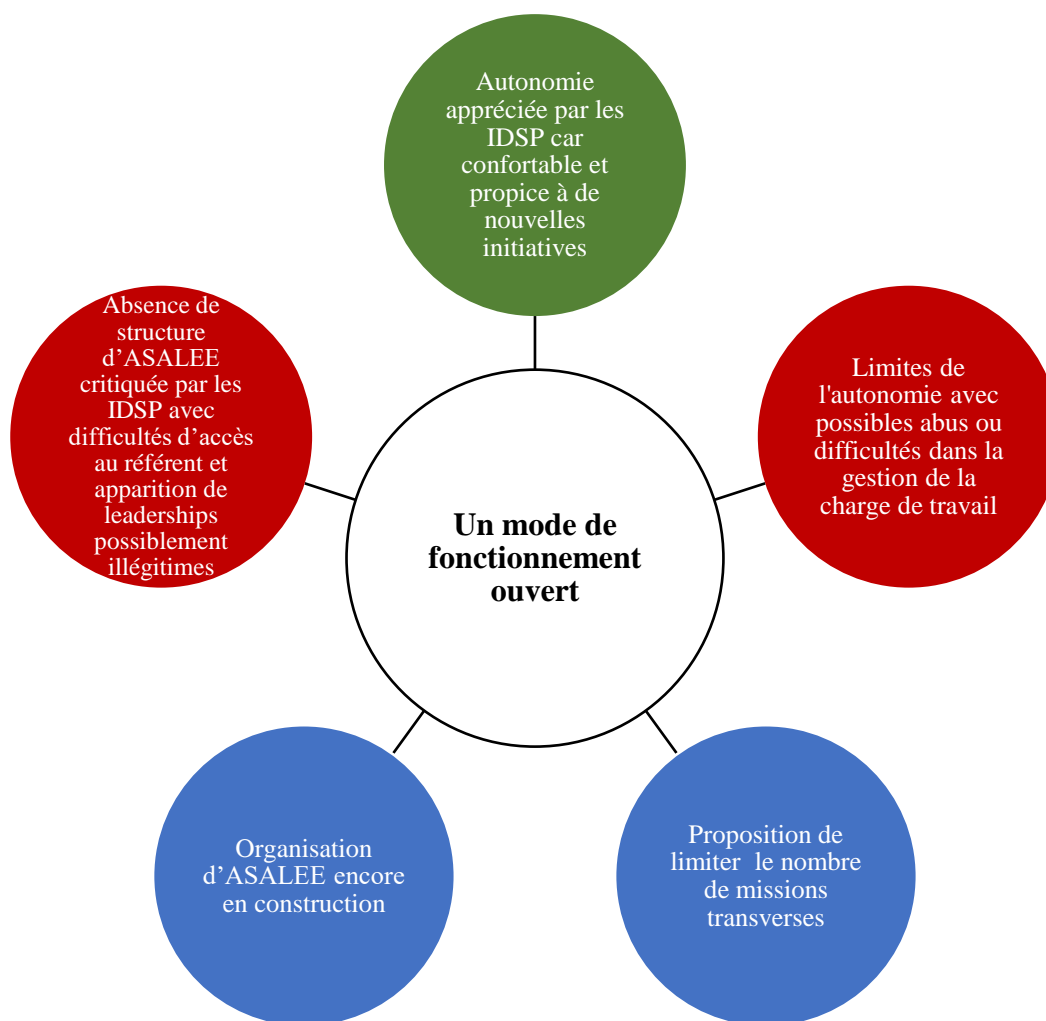


Figure 10 : Un mode de fonctionnement ouvert

## **6. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins**

### **6.1. Besoins en ETP en augmentation**

Certaines IDSP pensent que l'ETP est l'avenir du soin :

*« si tu lis partout, l'ETP c'est l'avenir »*

Et que **les besoins vont augmenter** notamment via le **développement d'ASALEE** :

*« on voit bien que ça prend de l'ampleur euh... il y a de plus en plus d'infirmières, il y a de plus en plus de médecins donc ça prend beaucoup d'ampleur ».*

## 6.2. Infirmières de pratiques avancées

La question des **infirmières de pratiques avancées (IPA)** a été évoquée. Certaines se posaient beaucoup de questions tandis que d'autres semblaient plus informées et proposaient déjà une application directe :

« Où elles seront ? Quelles seront leurs places ? A quoi ça sert ? Dans ASALEE, à quoi ça sert ? ».

Un exemple d'une situation d'usage très concrète dans le diabète est suggéré mais présentant certaines limites :

« par rapport à certaines pathologies dans ASALEE, je pense que ça peut être pas mal. [...] C'est d'ailleurs pour moi essentiellement sur le diabète où là effectivement, que le médecin voit le patient tous les 9 mois ou 1 fois par an et que l'infirmière fait de la prescription de matériel et de médicaments ».

« On est capable d'adapter un traitement, on le fait. On le fait en libéral pour certaines choses. Mais en tout cas, aller au-delà, entendre des crépitants, entendre des problèmes cardio etc... On n'est pas formée à ça et je suis désolée, c'est pas en 4 semaines qu'on peut être formée à ça. J'ai fait de l'IPA au sein de l'humanitaire par force dans les années 90, j'étais bien contente d'avoir un médecin pas loin ».

D'autres infirmières ne se prononcent pas ou restent expectatives :

« effectivement, j'attends de voir. J'arrive pas à me représenter la place de l'IPA en libéral, au sein d'une maison de santé »

« Si on est plus que des infirmières et loin d'être des internes, quelle est la nécessité réelle des IPA, entre les deux... ».

Quelques-unes mettent l'accent sur **l'incompatibilité entre le métier d'IDSP ASALEE et celui d'IPA**.

« Je pense qu'on ne peut pas faire IPA et infirmière ASALEE, j'ai un peu peur que le temps qu'on a pour faire infirmière ASALEE si on est IPA, on ne l'ait plus ».

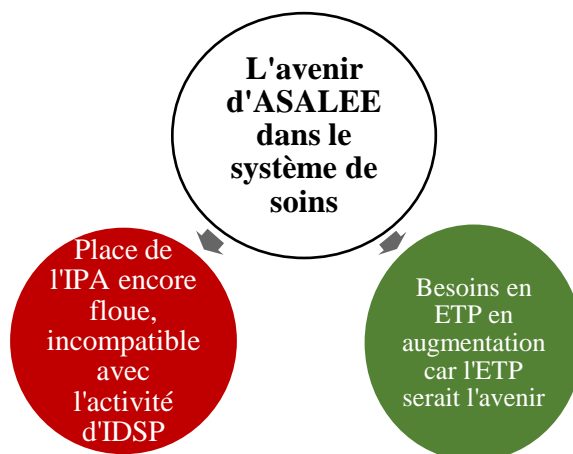


Figure 11 : L'avenir d'ASALEE dans le système de soins



## V. RÉSULTATS DES FOCUS GROUP MÉDECINS

### 1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons initialement contacté 50 médecins grâce aux données fournies par les IDSP. 29 n'ont pas répondu, 7 ont refusé pour des raisons multiples : indisponibilité, manque de temps, surcharge de travail, problèmes de santé ou manque d'intérêt. 3 ont initialement accepté puis se sont désistés. Finalement 11 médecins ont participé aux focus groups.

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné de ces 14 médecins ayant répondu favorablement comme expliqué précédemment dans la méthodologie (cf. III.2.2). Les critères principaux étaient les suivants afin de former 2 focus group : degré d'implication dans ASALEE et ancienneté dans le dispositif. De plus, nous voulions faire en sorte que les médecins travaillant avec la même IDSP ne soient pas dans le même focus group.

En fonction de nos propres disponibilités et de celles des lieux de réunion, nous avons convenu de 2 dates : le 19 septembre 2019 à la maison de santé à Samadet (lieu d'exercice du modérateur et d'un des participants du focus group) et le 10 octobre 2019 à l'hôpital de Mont de Marsan. Nous avons proposé ces dates aux différents médecins ayant répondu favorablement, répartis en fonction de notre échantillonnage raisonné.

En pratique, l'échantillonnage raisonné a été difficile à mettre en œuvre principalement en raison de problèmes de disponibilité des médecins. Les groupes se sont finalement fait selon les possibilités de chaque participant plus que selon l'échantillonnage raisonné prévu. Les 2 groupes sont décrits dans les tableaux 3 et 4.

La 1ère réunion ayant eu lieu à Samadet a duré 1h12min. La deuxième ayant eu lieu à Mont de Marsan a duré 1h13min.

Le seuil de saturation des données n'a pas pu être atteint puisque la totalité de la population cible n'a pas été étudiée pour des raisons d'indisponibilité ou d'absence de réponse des autres médecins des Landes.

*Tableau 3 Caractéristiques du focus group 1 des médecins à la maison de santé de Samadet*

Lieu d'exercice	IDE	Ancienneté dans ASALEE	Implication dans ASALEE
Semi-rural	Non inclus dans l'étude	2 ans	Non rempli par IDE
Rural	6	6 ans	+++
Rural	6	3 ans	+
Rural	6	3 ans	+

Tableau 4 Caractéristiques du focus group 2 des médecins à l'hôpital de Mont de Marsan

Lieu d'exercice	IDE	Ancienneté dans ASALEE	Implication dans ASALEE
Urbain	8	3 ans	+++
Semi rural	9	5 mois	+
Urbain	1	2 ans	+++
Rural	6	6 ans	+++
Urbain	Non inclus dans l'étude	7 ans	+++
Urbain	Non inclus dans l'étude	7 ans	+++
Urbain	Non inclus dans l'étude	7 ans	+++

## **2. Découverte d'ASALEE et mise en place d'une coopération nouvelle**

### **2.1. Mode de recrutement**

La découverte d'ASALEE a pu se faire **par l'intermédiaire de confrères**, ou par celui de **contacts avec des IDSP ayant fait la formation ASALEE** :

*« Donc nous on était Sud des Landes on nous a parlé d'ASALEE et en même temps on avait une infirmière qui intervenait en HAD et qui a fait la formation ASALEE. Je crois que c'est comme ça que ça s'est passé »*

*« ASALEE j'ai été informé par [autre participant] et [autre participant] quand ça démarrait sur M. J'avais déjà commencé puis eux ils nous ont proposé de suivre le mouvement. J'étais voilà très favorable à ça, je l'ai proposé à mes collègues. »*

### **2.2. Peu de démarches administratives, un facteur favorisant l'intégration des médecins dans ASALEE**

La **facilité organisationnelle a été reconnue comme étant un facteur facilitateur de l'intégration dans ASALEE** notamment le fait que travailler avec ASALEE ne demande que **peu de démarches administratives** :

*« En point positif c'est au niveau de l'organisation, c'est-à-dire que comme c'est une structure associative on ne s'occupe pas des contrats de travail, de l'emploi du temps. Je veux dire ça en termes de gestion, parce que la gestion du cabinet prend de plus en plus de temps, et de ce côté-*

*là le mode organisationnel d'ASALEE fait qu'on a un service à disposition, du personnel à disposition et qui ne pèse pas sur le temps d'organisation et de gestion du cabinet qui est déjà très lourd. Et ça c'est quelque chose d'extraordinaire. (...) On n'a pas les contraintes d'embauche, de contrat de travail etc. ».*

*« C'est vrai que le côté gestion d'ASALEE, de la structure, de l'infirmière, de tout ce qui est cotisation patronale, machin, nous on arrive c'est du clé en main quoi. »*

**La pérennité de cette simplicité administrative du fonctionnement d'ASALEE est espérée** ; néanmoins la crainte de la mainmise des tutelles finançant ce projet, qui serait susceptible de demander de plus en plus de retours et justificatifs par exemple, a été évoquée :

*« Enfin surtout qu'ASALEE ça reste comme ça, c'est-à-dire simple au niveau administratif, qu'il n'y ait pas de complications administratives qui viennent se greffer là-dessus. Parce que si ça a du succès c'est grâce à ça. Mais si ça a du succès peut-être que les tutelles vont demander de plus en plus de justificatifs, de trucs et des machins qui feront que ça sera peut-être moins intéressant. »*

### 2.3. Craintes concernant un usage détourné

Le fait que des confrères puissent s'intéresser au protocole ASALEE en dehors du cadre prévu a été interrogé. En effet, certains médecins pourraient s'en servir afin de les aider à valider leur **ROSP** par exemple :

*« Et puis il y a le côté ROSP, avec le côté coordination, coopération. Vous savez que ça peut intéresser quelques-uns « ouais j'ai ma déléguée qui m'a dit qu'il fallait faire de la coordination avec des infirmiers, ah ouais y a ASALEE, paf je prends une infirmière ASALEE, j'aurai ma ligne remplie à la fin de l'année sur mon ROSP ». Et puis voilà, mais c'est pas ça ASALEE, je pense pas. »*

### 2.4. Améliorer l'information, la communication

Afin de favoriser le développement d'ASALEE et de faire connaître ce dispositif à plus de médecins généralistes, il serait nécessaire d'en **améliorer la communication** :

*« Je pense qu'il faudrait plus communiquer aussi parce que les gens ne connaissent pas trop tout ça. »*

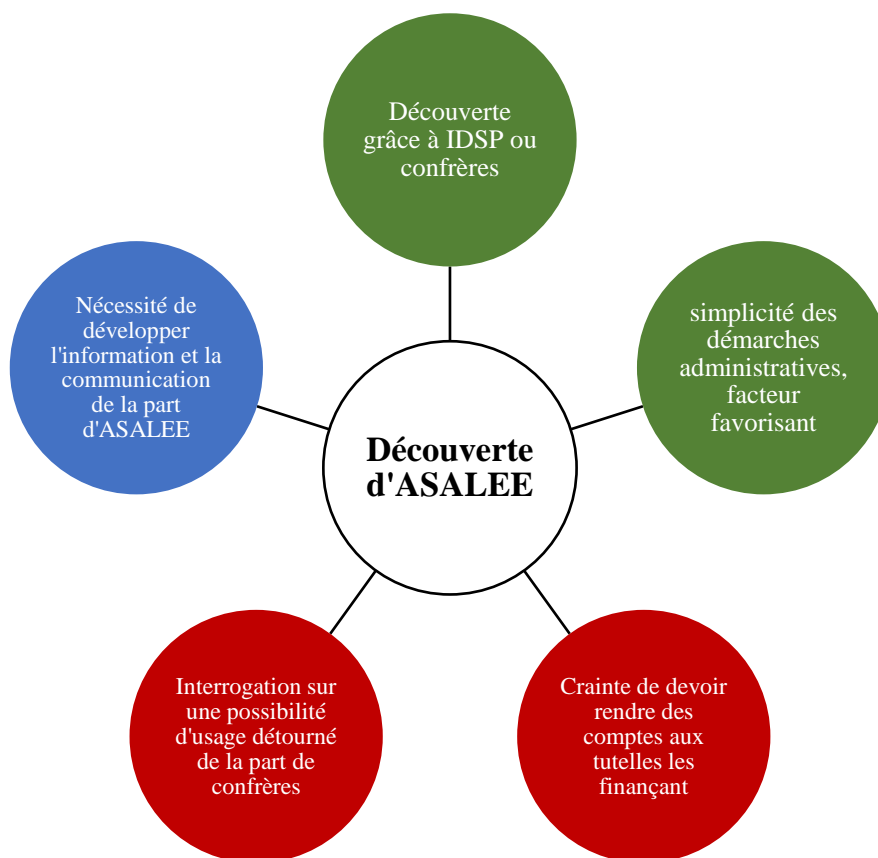


Figure 12 : Découverte d'ASALEE

## 2.5. ASALEE comme facteur favorisant le travail en équipe pluriprofessionnelle

### 2.5.1. ASALEE favorise le travail en équipe

Un des intérêts initiaux d'ASALEE a pu être le développement du travail en équipe :

« Ça a été assez vite une évidence parce qu'on s'est installé ici parce qu'on voulait travailler en pluriprofessionnel, avec des kinés, avec des infirmières. Donc c'était assez naturel qu'on travaille avec une infirmière d'éducation thérapeutique [...] c'est un professionnel de plus qu'on allait intégrer complètement à l'équipe. »

L'arrivée d'une IDSP ASALEE a pu favoriser le travail en équipe en amenant une **dimension de transversalité**, et **en intégrant différents professionnels de santé** dans des protocoles pluri professionnels réalisés dans les MSP par exemple :

« Point positif je disais aussi. [...] ça a créé une certaine dynamique, notamment dans la maison de santé, parce que notamment on a travaillé avec l'infirmière ASALEE et sur des protocoles, notamment sur un protocole lombalgie, qui a permis d'intégrer d'autres professionnels de santé comme la psychologue et comme le kiné. Et que justement elle est quand même bien au centre, enfin il n'y a pas qu'elle, y a pas une personne qui est plus qu'une autre, mais elle est quand même bien au centre de ce protocole-là, elle le fait avancer aussi et je trouve que ça dynamise aussi finalement les relations entre professionnels et c'est vraiment, elle fait partie intégrante de l'équipe et elle entraîne un dynamisme. Je trouve que c'est un point positif pour l'équipe de soins. »

L'apport de cette **transversalité** dans le travail permettrait une meilleure efficacité in fine, ce qui aurait été à l'origine **d'une rapide satisfaction** :

*« J'ai de suite été un fan comme dirait l'autre, un fan parce que ça amenait une dimension de transversalité dans le travail, de partage du travail, pour une meilleure efficacité ».*

**La dynamique participative engendrée par l'arrivée de l'IDSP ASALEE** a été soulignée, en permettant une pratique moins individualiste :

*« Je suis plus épanoui actuellement dans mon métier qu'avant qu'ASALEE ne s'immisce dans notre petite routine de médecin généraliste et individualiste même si on était en cabinet de 4. »*

L'idée que tout médecin généraliste pourrait avoir besoin de cette **remise en question par le travail en équipe** a été émise :

*« Pour moi c'est un point positif parce que justement on sort de sa routine [...] tous les métiers ont une routine qui tue, et aujourd'hui je pense que la médecine générale est en train de se tuer elle-même pour une grande partie de nos confrères parce que justement ils ont cette difficulté à se remettre en question à lever la tête du guidon, à voir comment ils pourraient travailler différemment et ASALEE a été le premier, à mon avis, séisme, qui fait cette remise en question. Il va y en avoir d'autres avec les CPTS [...] C'est intéressant sur le plan humain, sur le plan du management collectif. »*

**Ce travail en équipe avec les paramédicaux, les IDE libérales, IDSP ASALEE, les pharmacies, pourrait permettre à la médecine générale de survivre malgré les déserts médicaux :**

*« Je crois que le domaine de la santé est le seul domaine qui n'a pas fait sa révolution industrielle. Sa révolution dans le sens de travailler différemment, optimiser le travail, travailler en équipe, c'est le seul secteur économique qui a pas... Et aujourd'hui c'est des séismes permanents dans le monde de la santé, c'est les murs qui tombent, c'est travailler en coopération avec l'hôpital, c'est travailler avec des paramédicaux, c'est accepter que le pharmacien fasse des vaccins, c'est accepter que le pharmacien aille faire de la télé consultation, c'est accepter tout ça. Le tout c'est de l'harmoniser, de bien expliquer ce qu'on veut faire chacun et le bonus qu'il peut y avoir pour les uns les autres. (...) Aujourd'hui il y a des tas de cabinets qui ne prennent plus de nouveaux patients parce qu'il y a une saturation. Mais l'organisation ce n'est pas forcément qu'il faut davantage de médecins mais il faut une organisation différente. »*

#### 2.5.2. Parfois des mésententes avec certains professionnels de santé

Dans certains cabinets, les médecins ont constaté un **problème d'entente entre les IDE libérales et les IDSP ASALEE**. Les premières auraient eu du mal à accepter l'arrivée d'ASALEE par crainte que cette activité empiète sur la leur et soit à l'origine d'une perte de revenus :

*« Alors en fait je vous ai dit nous on avait dans notre cabinet deux infirmières, deux libérales. [...] Les deux ont fait la formation ASALEE. Il y en a eu une, elle n'a pas du tout accroché à la formation, et l'autre est ASALEE maintenant. Elles sont restées physiquement dans le même*

*lieu c'est à dire qu'il y en a une qui est toujours infirmière libérale et l'autre qui est ASALEE. Elles sont fâchées depuis. Elles ne se parlent pas. C'est un peu compliqué parce qu'il y en a une qui n'a pas compris ce que c'était, et je pense que la perception des infirmières libérales par rapport aux infirmières ASALEE, elle n'est peut-être pas toujours très très claire et très positive. C'est un peu quelque chose qu'on a ressenti dans le cabinet mais un petit peu globalement aussi »*

*« Les infirmières par exemple du cabinet disaient « [...] nous l'éducation thérapeutique on la fait toujours, c'est nous qui la faisons, on sait ce que c'est, qu'est-ce que tu vas mettre une infirmière, c'est quoi cette histoire ? »*

**Une amélioration des relations entre IDE libéraux et IDSP ASALEE a pu être constatée grâce à une explication claire et répétée sur le fonctionnement d'ASALEE afin qu'elles comprennent qu'elles ont des missions différentes mais complémentaires :**

*« Nous quand même je trouve que nos infirmiers libéraux ont bien avancé par rapport à ça, par rapport au départ. Au départ ça a été très compliqué, très très compliqué, parce qu'on leur a proposé de faire ASALEE au début, ça a été niet. Ils ne savaient même pas ce que c'était donc ça a été niet. Et puis quand notre infirmière (ASALEE) est arrivée, un an après, on a eu le reproche de ne pas leur (avoir) laissé la place. [...] Mais justement ça c'était il y a 6-7 ans et maintenant je trouve qu'ils participent »*

**Le monde libéral ne travaillerait pas encore assez en équipe et un changement de pratiques serait nécessaire :**

*« Le problème des infirmières libérales c'est qu'elles ont encore un mode de travail archaïque. On en parlait encore avec certaines cette semaine où effectivement elles sont encore accaparées par un vieux modèle de travailler qu'à domicile alors qu'elles pourraient travailler beaucoup plus dans les cabinets et se dégager du temps [...] et optimiser leur travail. Mais ça c'est des remises en question que tout un chacun doit faire aujourd'hui dans le système de soins.*

*[...]*

*- on n'a pas l'habitude de travailler ensemble dans le monde libéral. La révolution elle est là aussi, c'est arriver à travailler ensemble. »*

**Pour y remédier une organisation de réunions entre médecins, IDE libérale, IDSP ASALEE, voire patients a été proposée :**

*« Je pense que par rapport à des patients qui sont pris en charge par les infirmières libérales, on pourrait tout à fait avoir des réunions de debriefing avec l'infirmière ASALEE qui les a déjà vus, l'infirmière libérale, le médecin, le patient. [...] je crois que ça ferait du bien ça. »*

Par ailleurs au sein de certaines MSP, **des difficultés, voire une concurrence avec les diététicien(ne)s** ont été relevées. En effet, chez certains patients, il semblerait exister une confusion entre l'IDSP ASALEE et la diététicienne ; certains préféreraient aller voir l'IDSP ASALEE plutôt que la diététicienne en raison de l'aspect financier (prise en charge d'ASALEE par le système de soins à la différence des diététicien(ne)s) :

« Le point négatif, c'est que nous, on a une nutritionniste qui vient et ils sont persuadés que ASALEE c'est une nutritionniste. Et du coup la nutritionniste, [...] est un petit peu en porte à faux elle fait payer [...] et ce n'est pas remboursé. »

« Je suis d'accord, parfois c'est compliqué : qui est-ce que tu envoies à la diététicienne, qui est ce que tu envoies à ASALEE ? même ce n'est pas la même chose.... C'est pas exactement les mêmes patients souvent parfois. Je peux avoir des gens qui ont le problème de l'alimentation en surpoids et qui ne sont pas forcément ni diabétiques (...) quand il y a que du surpoids, je vais peut-être envoyer plus vers la diététicienne, quand y a un problème plus de maladies chroniques, je vais peut-être envoyer plus vers ASALEE »

L'inclusion de **le/la diététicien(ne)** dans le programme afin de remédier à cela est une des solutions proposées :

« Ça serait bien d'inclure la diététicienne peut être dans le programme ».

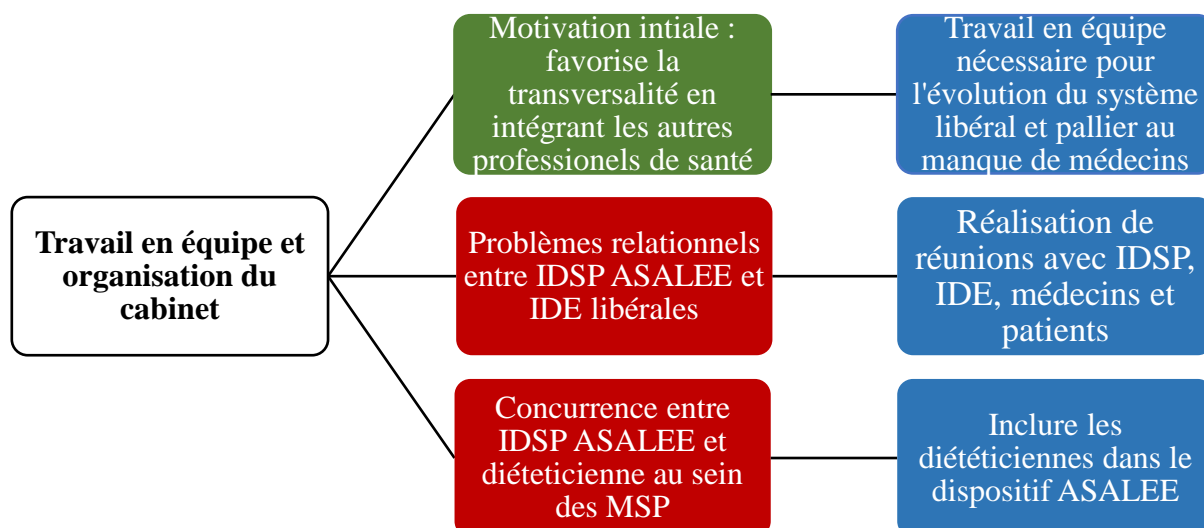


Figure 13 : Travail en équipe et organisation au sein du cabinet

### **3. Apporter l'ETP au plus près du patient**

#### **3.1. Une approche éducative mise en œuvre par des IDSP qualifiées venant épauler des médecins parfois peu sensibilisés**

##### **3.1.1. De l'ETP réalisée par des IDSP compétentes**

Grâce à ASALEE, de l'éducation thérapeutique peut être réalisée par des **IDSP compétentes en ETP** :

« Les infirmières sont quand même, je pense, pas trop mal formées à l'ETP et donc à la posture ETP sans prétention. Y a beaucoup de formations derrière tout ça, on ne prend pas des infirmières comme ça « allez-y les filles vous êtes éducatrices ». Je pense qu'il y a quand même un gros travail aussi de formation, de formation en réunion de secteur. Je crois qu'il y a une

*structure qui est bien organisée par rapport à tout ça, des analyses de pratiques. Il y a quand même une démarche qualité. »*

### 3.1.2. Manque de formation des médecins en ETP

Cette qualification des IDSP permettrait de pallier le **manque de formation en ETP des médecins** :

*« Moi l'éducation thérapeutique, je connaissais de façon très théorique du fait d'interventions avec nos amis internes dans les cours magistraux mais il n'y a rien de très pratique voire pas du tout. »*

*« Et puis après ce gros travail aussi sur l'ambivalence, sur l'entretien motivationnel, que moi, je n'ai pas forcément les compétences ».*

Lors du 2<sup>ème</sup> focus group, cette idée de méconnaissance des médecins sur ASALEE ou en ETP a été confirmée :

*« - vous soulevez qu'il y a quand même une méconnaissance de ASALEE, de ce qu'est l'éducation thérapeutique par l'ensemble des professionnels de santé en libérale ?*

- *oui, ça c'est clair*
- *moins qu'il y a 7-8 ans, mais y a encore des carences »*

### 3.1.3. Un besoin de faciliter la formation en ETP

La solution pour remédier à ce manque de formation, serait de réaliser une **formation par ASALEE pour les médecins inclus dans le protocole** :

*« L'intérêt c'est de faire aussi une formation à l'éducation thérapeutique au moins. Au moins que les médecins ASALEE aient les 40 heures d'éducation thérapeutique.*

Mais on souligne tout de suite les limites :

*« Après, il faut trouver le temps aussi de faire les 40 heures la formation »*

Cependant, les formations proposées sont relativement contraignantes (40h de formation, loin du cabinet). Le principe d'**une formation facilitée pouvant être réalisée par ASALEE a été évoqué** :

*« Ce qui serait bien, c'est qu'ASALEE facilite encore plus la formation ETP pour les médecins du réseau ASALEE. Parce que là c'est quand même assez contraignant, il faut avoir un forfait DPC, il faut que soit les lundis à O... Voilà c'est un peu contraignant. Moi si j'avais une suggestion, ce serait que ASALEE puisse proposer des formations 40 heures de manière un peu plus facilitée, en fait, aux médecins sur... Au moins les 40 heures, pas forcément d'aller plus loin »*

L'éducation thérapeutique fait partie du programme de **formation des internes** en médecine générale mais cela devrait continuer d'évoluer :

*« Je pense que les jeunes sont formés à l'éducation thérapeutique pendant leurs études et que ça va évoluer. »*



## 3.2. ASALEE, une approche éducative accessible

### 3.2.1. Accessibilité d'un point de vue financier

Grâce à la **prise en charge totale** par la Sécurité Sociale sans nécessité d'avance de frais, ASALEE serait **accessible à tous** et notamment aux patients chez qui le problème financier pourrait constituer un frein :

*« Je pense que ça permet à certaines personnes qui n'avaient financièrement... ne pouvaient pas accéder à certaines diététiciennes ou des choses comme ça... (...) par ce biais d'ASALEE, d'être intéressés par tout ça et de suivre ce qu'on leur dit. »*

*« Le fait que soit pris en charge par la sécu aussi, c'est quand même un point positif (acquiescement général) ... On leur dit bien que ce n'est pas gratuit mais c'est pris en charge par la Sécu, donc ils n'ont rien à payer en plus. C'est un service. »*

**La poursuite du financement d'ASALEE par la sécurité sociale** serait indispensable pour l'avenir :

*« Je pense que c'est important qu'ASALEE se développe et soit encore financé par la sécurité sociale. Et que du coup les patients y aient accès de manière... enfin pris en charge, je ne veux pas dire gratuite parce que ce n'est pas la réalité. »*

*« Je pense qu'il faut que ça se développe encore plus et que ça continue surtout à être pris en charge, et qu'il continue à y avoir, quel que soit le gouvernement suivant, qu'il continue à y avoir des fonds pour que le programme continue. »*

**La crainte de « privatisation » d'ASALEE** a été évoquée, puisqu'en effet de plus en plus de mutuelles et de laboratoires pharmaceutiques s'intéresseraient à l'ETP, voire réaliseraient déjà des actions d'accompagnement éducatives :

*« C'est important parce que, toi tu parlais des mutuelles, et que beaucoup de mutuelles ou d'organismes privés dont l'industrie pharmaceutique qui se mettent de plus en plus dans les programmes d'ETP parce que c'est un peu l'avenir. Et je veux dire que tant qu'ASALEE se développera et sera remboursé par la Sécu et continuera à exister de cette façon-là, ça évitera aussi que l'éducation thérapeutique soit privatisée. Donc ça restera encore un service de l'Etat pour la population [...]. Parce que sinon le risque, que les budgets diminuent on sait jamais d'un gouvernement sur un autre ce que ça peut devenir, les budgets diminuent ou on diminue les infirmières d'éducation thérapeutique. Qui est-ce qui va prendre le relais ? Ça va ouvrir la porte vers le privé, vers les mutuelles d'assurances privées, et éventuellement l'industrie pharmaceutique, qui on le sait, ont déjà des programmes d'éducation thérapeutique et font de la publicité. [...] Et que tant que tant que l'ETP sera, tant que l'ETP et ASALEE seront financés par la Sécurité sociale, il n'y aura pas la place pour ces pseudo-programmes d'éducation thérapeutique qui en sont d'ailleurs peut être pas »*

### 3.2.2. Une approche éducative ambulatoire de proximité, facteur d'accessibilité

ASALEE permettrait l'apport de **l'éducation thérapeutique en ambulatoire**, car jusqu'à présent l'ETP était surtout présente dans les structures hospitalières mais plus difficile à mettre en place à proximité du patient :

*« C'est ce qu'on a dit : la proximité, la disponibilité des infirmières parce que je ne pense pas, voilà, on n'est pas là pour casser sur l'hôpital ou autre. Mais ce qui se fait en pneumo à Cambo ou autre c'est de la réadaptation, ce n'est pas de l'ETP, à l'hôpital c'est pareil. Enfin nous vraiment on fait de l'ETP quoi, et ça, c'est parce que ça se fait en ambulatoire, au plus près du patient. »*

**Cette proximité avec le lieu de vie du patient favoriserait l'accès pour tous les patients**, notamment ceux qui adhèreraient moins à la prise en charge hospitalière :

*« C'est l'éducation thérapeutique qui va vers le patient et non pas le patient qui va vers l'éducation thérapeutique comme ça se faisait, puisque l'ETP n'était fait qu'à l'hôpital et les patients qui vont en éducation thérapeutique à l'hôpital, effectivement en général ce sont des patients qui n'ont pas besoin. Ce n'est pas ceux qui en ont le plus besoin en tout cas. Parce qu'en général c'est des gens qui rentrent bien dans les clous. C'est le seul moyen pour l'instant qu'on ait d'amener l'éducation thérapeutique aux patients et du coup d'arriver à accrocher des gens qui n'auraient jamais eu accès à ça autrement ».*

### 3.2.3. De l'ETP en présentiel, un atout par rapport à des dispositifs de suivi à distance

Le **côté présentiel** serait particulièrement intéressant par rapport à d'autres dispositifs existants tel que SOPHIA de l'assurance maladie :

*« Ce qui nous agaçait beaucoup à l'époque c'était les protocoles SOPHIA de la sécurité sociale. C'était un peu pour faire la « nique » à ça qu'on s'est branché sur ASALEE, pour avoir de l'éducation thérapeutique présenteielle. »*

Afin d'éviter d'avoir trop d'informations diffuses et redondantes, **l'arrêt de SOPHIA** pour ne poursuivre le suivi que par ASALEE serait une idée envisagée :

*« J'avais conseillé à un patient de s'enlever de SOPHIA parce qu'il était suivi à ASALEE et je lui ai dit "ça fait redondance". J'ai peur qu'il y ait des informations contradictoires et qu'il se sente perdu et que du coup, on le perde dans ASALEE, ce qui serait dommage. En se disant : "ben ouais c'est plus facile, je l'ai au téléphone c'est pareil". Ben non ce n'est pas pareil [...] je pense que c'est plus efficace d'être ASALEE. »*

Une **efficacité supérieure d'ASALEE par rapport au protocole SOPHIA** a été notifiée :

*« SOPHIA c'est du coaching ce n'est pas de l'éducation thérapeutique et c'est au final sur la base des patients volontaires et c'est les patients qui [...] se font coacher alors qu'ils en n'ont pas besoin [...]. Et on met des moyens économiques énormes parce qu'il ne faut pas oublier*

*qu'ASALEE est financé par l'assurance maladie. Donc c'est la même poche financière et il vaut mieux mettre l'argent sur ASALEE que de mettre l'argent dans SOPHIA. »*

### 3.3. Proximité des IDSP qui exercent au sein du cabinet médical ou de la MSP

Il existe différents lieux d'activité de l'IDSP ASALEE. Elles peuvent exercer au sein même du cabinet médical ou maison de santé du médecin avec lesquels elles travaillent, alors que d'autres l'IDSP se trouvent dans un autre lieu plus ou moins éloigné.

**Il pourrait être avantageux que l'IDSP exerce sur place car les patients s'y sentent en confiance, connaissent le lieu, ce qui serait facilitateur :**

*« On a des gens de niveaux sociaux quand même pas très élevés qui en bénéficient et qui bénéficient d'ASALEE et qui viennent effectivement parce que c'est dans la même unité de lieu. C'est proposé par le médecin traitant. Ils n'ont pas à se déplacer et ils ont une sorte de sécurité ».*

*« ça se fait en ambulatoire, au plus près du patient, dans un lieu qu'il connaît bien, dans lequel il est rassuré ».*

**Le fait que l'IDSP soit dans le même cabinet pourrait aider le médecin à motiver les patients.**

En effet, lorsque le médecin propose une consultation ASALEE, il pourrait ainsi montrer où le bureau se trouve et prévenir directement la secrétaire pour la prise de rendez-vous. Le cadre chaleureux du bureau de l'IDSP semble également être un facteur favorisant :

*« Elles ont fait un cadre accueillant [...] C'est vachement important en fait [...] je crois que c'est quand même important que ça soit au sein de la maison de santé. Enfin moi du coup, j'ai fait mettre une plaquette ASALEE sur mon bureau avec les cartons de rendez-vous. En fait à chaque fois qu'un patient diabétique vient, je lui montre la plaquette et il me dit "ah, vous allez me faire encore aller à Mont-De-Marsan. ? Je lui dis non, vous allez venir ici. Ah bon ça va si c'est ici" [...] J'appelle la secrétaire, je dis "Mr Tartempion, il passe devant chez toi, tu lui donnes un rendez ASALEE. Il passe il a un rendez-vous ASALEE. En plus, on lui fait visiter, on va lui montrer. Du coup, y en a qui adhèrent plus. »*

**L'éloignement de l'IDSP par rapport au domicile serait un frein**, les patients pouvant être moins motivés à s'y déplacer en raison d'une crainte de l'inconnu, ou de problèmes organisationnels liés au déplacement :

- « - Nous aussi, géographiquement on est plus loin, les patients, ils sont à 15 bornes, ou 20.*
- Faut qu'ils soient ultra motivés.*
- C'est sûr, c'est un biais de sélection.*
- (...), tu vas leur demander de changer leur vie, de renoncer à certains plaisirs, et en plus de ça, il faut qu'ils fassent la démarche de se déplacer et surtout y en a certains qui ne conduisent pas. Donc oui il y a un biais de sélection. »*

- *Oui je pense que le facteur géographique joue. Je pense que ça vous pénalise (en regardant [autre participant] et [autre participant]). C'est plus difficile. Moi si j'étais à votre place, je pense que je serais plus en difficulté d'envoyer certains patients qui en plus, il y en a certains qui se mobilisent pas ou qui n'ont pas de voiture ou qui sont isolés... »*

Cependant cette idée n'a pas été unanimement partagée, pour d'autres **cet éloignement permettrait d'évaluer la motivation initiale du patient :**

*« Moi je ne suis pas d'accord parce que justement, par ce biais de sélection, t'as les gens vraiment motivés qui viennent et continueront à venir. S'ils sont proches, ils vont aller voir, s'apercevoir que ça leur correspond pas, et ils ne reviendront pas alors que là déjà, oui ils sont biaisés ils sont sélectionnés, mais ils sont déjà motivés d'emblée. Du coup ils reviendront. »*

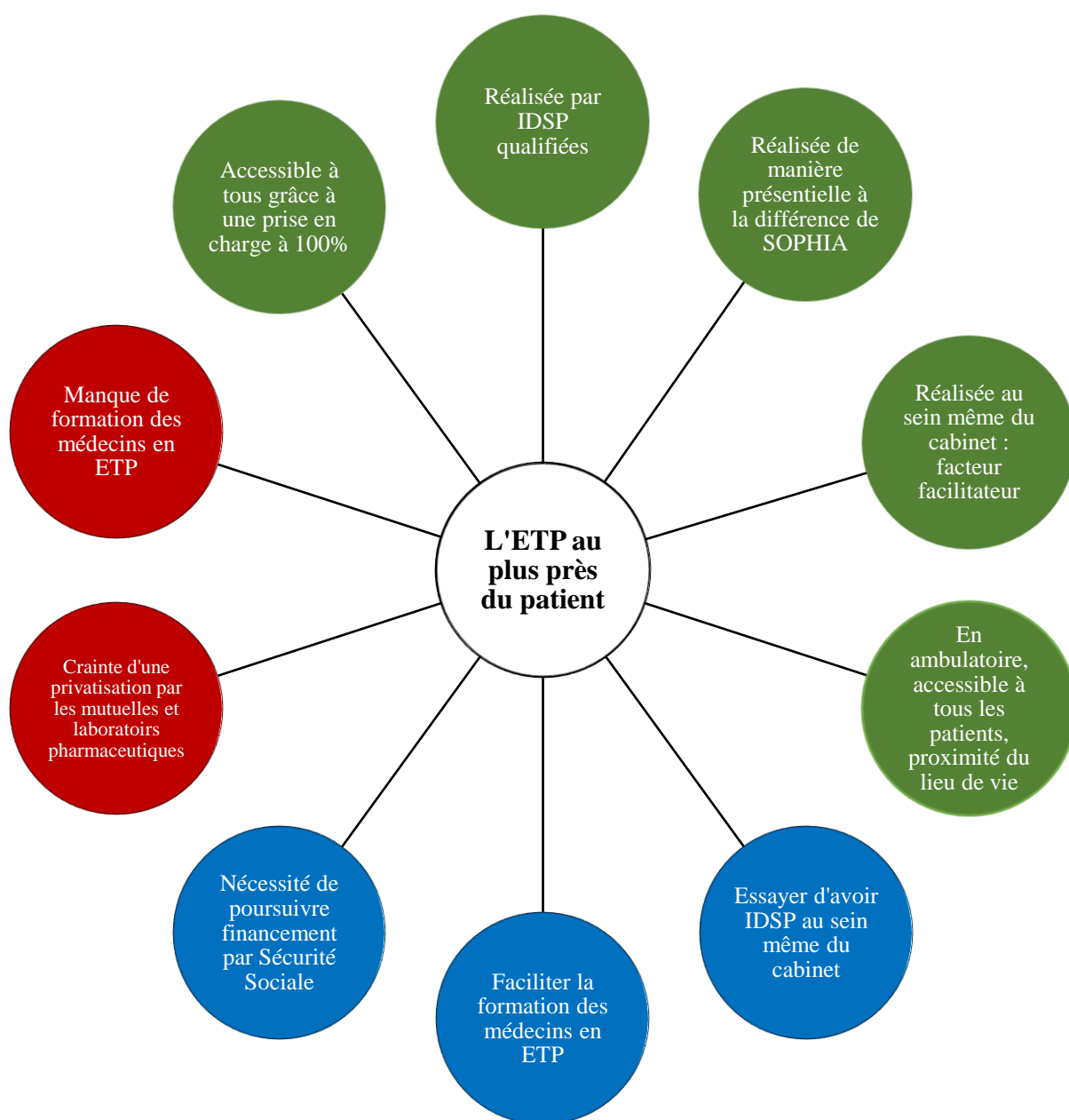


Figure 14 : L'ETP au plus près du patient

## **4. Fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient**

**Au sein d'ASALEE, médecins, IDSP et patients œuvrent en collaboration.**

Le rôle des médecins consiste à proposer aux patients atteints de pathologies chroniques prises en charge par ASALEE (diabète de type 2, risque cardiovasculaire, BPCO, aide au sevrage tabagique, dépistage des troubles cognitifs) de rencontrer l'IDSP ASALEE pour réaliser un suivi conjoint pour aider le patient à gérer et vivre au mieux avec sa maladie.

Le patient est libre de choisir de rencontrer l'IDSP ou non. Ses préférences et son libre arbitre sont respectés, son autonomie est favorisée.

Les IDSP ont une approche éducative qui permet entre autres, de recueillir de nouvelles informations utiles à la prise en charge par les médecins. Une entente entre médecins et IDSP et de bons moyens de communication sont nécessaires.

Médecins et IDSP doivent organiser des temps de réunion afin de discuter des prises en charge.

### **4.1. La relation médecin / IDSP**

**Afin d'obtenir un travail d'équipe cohérent, une bonne entente entre médecins en IDSP serait nécessaire :**

*« On a une infirmière qui s'investit énormément. Et qui a un très bon contact avec nous au cabinet et c'est important parce que y a de la concertation à avoir dans ASALEE. Il faut être dans la même logique, il faut être disponible les uns et les autres. Et donc ça, ça créé une dynamique, ça sort de la routine, de l'acte en lui-même et ça donne de la dimension au travail »*

Cette entente serait un des points essentiels à la réussite d'ASALEE :

*« Mais quand elle arrive dans un cabinet, qu'elle ne connaît pas forcément, il faut que ça colle avec les confrères, il faut qu'elle se sente à l'aise pour pouvoir s'investir dans son travail. Moi je trouve que c'est quand même, quand je parlais de casting... c'est quand même une alchimie qui est indispensable, sinon la dynamique... on peut mettre tous les beaux protocoles, toutes les réunions qu'on veut, si ça gaze pas ça gaze pas... »*

**Une mésentente serait source d'échec et pour éviter cela le projet devrait être élaboré en commun** entre infirmière et médecin :

*« - pour revenir sur le casting dont parlait [autre participant], ASALEE c'est avant tout une rencontre entre une infirmière et le médecin [...] il faut quand même qu'il y ait un minimum de feeling dans le binôme. Sinon je vois qu'il y a des échecs sur le plan national surtout. Parce qu'ASALEE a proposé une collègue ou un collègue à des médecins qui ne se connaissaient pas forcément. [...] on a de temps en temps des collègues médecins qui nous disent [...] « ASALEE ça marche hyper bien file moi une infirmière ASALEE » je lui dis « non ce n'est pas comme ça que ça se passe, c'est vous qui allez... »*

- ... comme si c'était un paquet cadeau qu'on leur donnait quoi, refilez-moi un package
- Non et puis il y a le côté relationnel, coopération, coordination, il y a du feeling. T'as envie des fois de travailler plus avec une personne qu'avec une autre. Donc on leur dit

*bien avec l'infirmier / l'infirmière, c'est à vous ensemble de faire un projet commun et de vous lancer dans le truc. Parce que si c'est pour voir un infirmier / une infirmière 6 mois-1 an puis ça fait pschitt parce qu'il ou elle ne bosse pas. Ce n'est pas viable. Il faut vraiment cette fusion. »*

**Ce travail en équipe serait un moyen d'atténuer le rapport hiérarchique qui existerait entre médecin et infirmière :**

*« T'as le médecin, t'as l'infirmière. Mais aussi moi quand je m'adresse à l'infirmière et qu'elle s'adresse à moi je n'ai pas l'impression qu'il y ait une hiérarchie. Elle n'est pas infirmière, je ne suis pas médecin, on est tous les deux des soignants au service du patient »*

*« Ce n'est pas évident pour une infirmière parce que déjà inconsciemment dans l'inconscient collectif il y a un rapport hiérarchique [...] qui n'existe pas dans notre relation avec les infirmières. »*

**Cependant il peut parfois être difficile pour les médecins de recevoir l'avis de l'IDSP sur leur façon de prendre en charge le patient, ce qui pourrait être source de remise en question de leurs pratiques médicales :**

*« - Les freins qui restent sont les mêmes qu'il y a peu au début, c'est à dire qu'ils ont du mal à franchir le cap de travailler en groupe parce qu'ils sentent, ils pensent que ça va leur prendre beaucoup de temps. A tort hein.*

*- ou que ça va les remettre en question. »*

Ou au contraire cela peut être un point positif amenant une amélioration de la prise en charge des patients :

*« Elle me dit des choses qui vont remettre en question mes thérapeutiques, mes choix décisionnels dans les examens complémentaires ou autres « mais pourquoi t'as fait ça ? » sans jugement mais pour avoir une explication et c'est vrai je me dis « mais pourquoi j'ai fait ça ? » Il y a une espèce d'hétéroévaluation qui t'amène à une auto-évaluation, analyse de ta pratique, c'est hyper sympa. »*

*« Être remis en question par quelqu'un d'autre avec une autre approche qui va être aussi dans la thérapeutique, dans le suivi des recommandations enfin voilà. Tu vois parce que c'est vraiment un autre point de vue qui est pour moi bénéfique parce que ça n'a rien à voir, donc c'est vraiment super. »*

**La réalisation d'analyses de pratique** entre professionnels libéraux a été proposée :

*« et même pourquoi pas faire une analyse de pratiques avec une évaluation des pratiques professionnelles avec les libéraux aussi »*

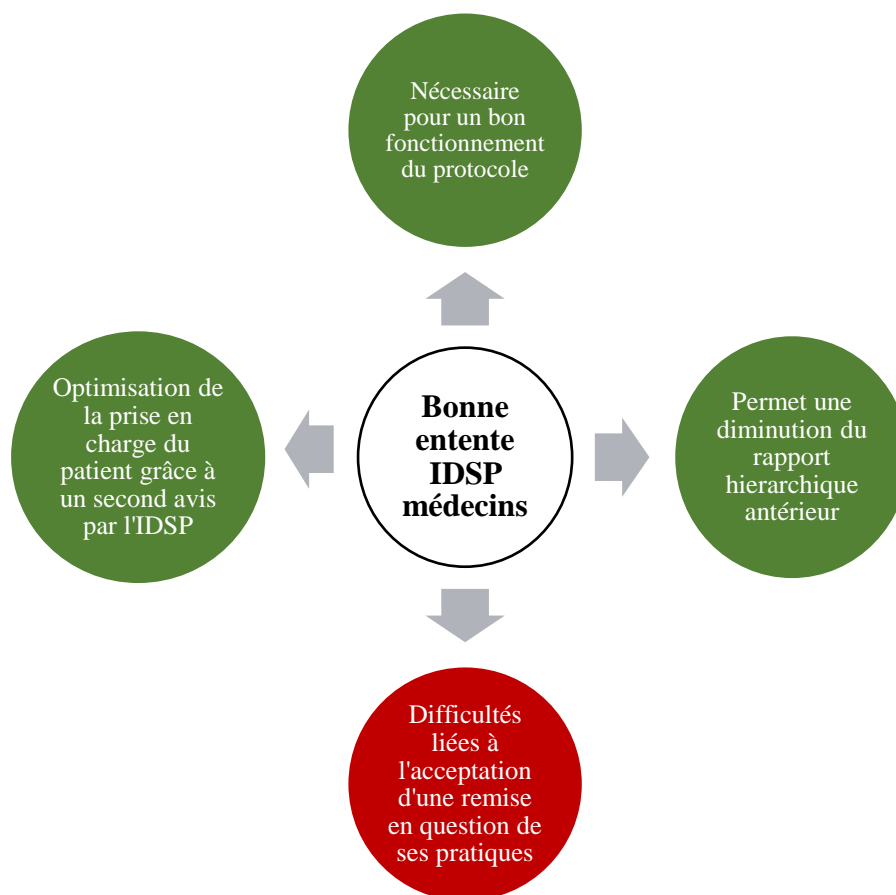


Figure 15 : La relation médecin / IDSP

#### 4.2. Temps d'échange médecins / IDSP

**La difficulté à organiser des réunions d'échange médecins/IDSP a été relevée :**

« *Moi j'ai une question à poser à vous qui avez l'habitude depuis 7-8 ans de pratiquer ASALEE. Vos réunions avec l'infirmière vous pratiquez comment ? C'est à dire qu'est-ce que vous décidez de parler de tel malade ou est-ce que vous décidez de parler d'autres sujets par exemple comme les protocoles que vous définissez etc...* »

Dans certains cabinets ces réunions sont organisées **de façon mensuelle** :

« *Nous on fixe, on a une fois par mois, on fait un lundi [...] entre midi et deux [...], elle a une liste de patients qui posent problème et on discute ensemble [...]. Et après les protocoles on a une autre réunion sur un autre jour entre midi et deux où on travaille nos protocoles. Mais là c'est formalisé. Il y a même des médecins du village à côté qui participent aussi, qui ont la même la même infirmière qui viennent [...] et on se retrouve tous ensembles.* »

Elles se déroulent parfois de façon **plus informelle** :

« *Alors chez nous ça se fait quand même beaucoup de façon informelle. Moi je suis quand même très souvent dans mon bureau mais voilà quand elle a un problème avec un patient elle en parle, donc on parle, des patients qu'elle a vu dans la semaine.* »

« On le fait de façon informelle [...] « tu as vu qui, tu as vu quoi, qu'est-ce qu'on fait ? ». Moi je le fais parce que je l'ai à côté donc je le fais souvent, mais après c'est plus intéressant une vraie réunion. »

**Dans les endroits où elles ne sont pas réalisées de manière formelle, les IDSP ASALEE semblent solliciter leur organisation :**

« Notre infirmière est demandeuse de ça quand même, d'avoir des temps justement communs avec les 4 médecins. [...] Et ça l'infirmière est demandeuse depuis 8 ans. On en parle beaucoup mais on ne le met pas en place. »

**Pour les médecins ces temps de réunions sont indemnisés par ASALEE. Pour les IDSP elles font parties de leur temps de travail :**

« - c'est rémunéré, c'est un temps rémunéré. C'est une connerie ça, c'est-à-dire que en fait moi je fais comme vous, c'est « entre deux portes on rencontre l'infirmière... »

- ce n'est pas entre 2 portes, il ne faut pas dire « entre 2 portes » ...
- Non, mais c'est dans mon bureau, ou dans son bureau...
- elle le comptabilise ça ... »

La difficulté à les organiser serait due à un **manque de temps ou des difficultés à coordonner les plannings :**

« Parce qu'en fait on est tributaire d'abord de l'emploi du temps de l'infirmière qui a quand même des rendez-vous à honorer [...]. Nous on a nos propres rendez-vous [...] il y a la concertation informelle : « tiens j'ai un trou moi dans mon activité, tiens l'infirmière est libre » [...] et après on va lui parler de nos patients. »

« Moi la frustration dans cette pratique ASALEE c'est le manque de temps parce que c'est vrai que comme disent mes collègues nous c'était plutôt comme ça : j'ai un peu de temps entre midi et deux, je vais voir l'IDSP. pour débriefer sur les patients qu'elle a vus la veille ou le matin mais j'aimerais avoir plus de temps à consacrer pour les patients. Et puis le soir quand je finis à 9h elle n'est peut-être pas forcée de rester jusqu'à 10h pour débriefer... »

Cela nécessite de prendre du temps et d'adapter son planning :

« ça implique quand même de se mettre un peu plus un temps de coopération, de discussion et donc d'aménagement quand même de son planning a minima. »

Ce qui n'induirait pas de perte financière puisqu'il s'agit d'un temps rémunéré pour le médecin :

« il ne faut pas oublier que le temps de coopération est un temps rémunéré quand même par ASALEE. Donc le médecin par rapport à son activité de consultation « la tête dans le guidon je ne fais que ça toute la journée », il n'est pas en perte. »

Une étude comparant réunions informelles versus temps de réunion organisé pourrait être réalisée afin de connaître la meilleure :

« est-ce que c'est plus rentable enfin entre guillemets, est-ce que c'est plus efficace pour ne pas parler de rentabilité ? [...] Il faudrait faire une comparaison, une étude »



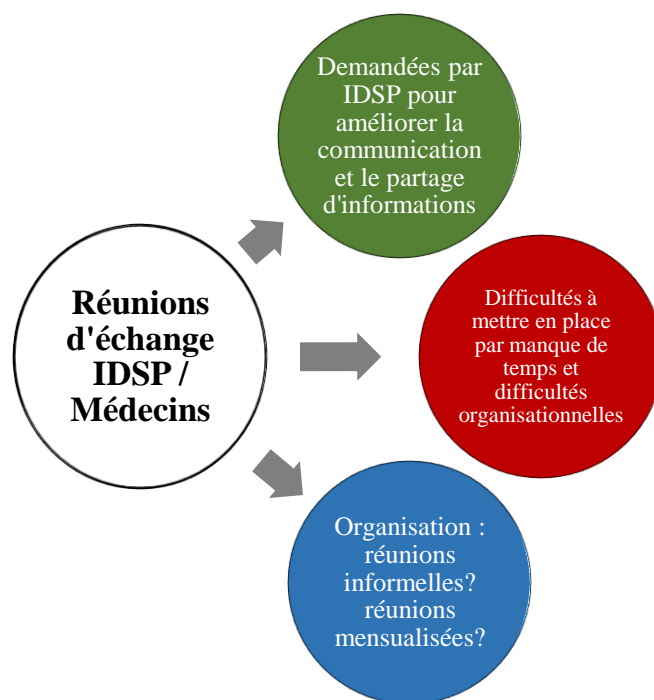


Figure 16 : Temps d'échange médecin / IDSP

#### 4.3. Une relation de confiance IDSP / Patient

Une **relation de confiance** s'instaurerait **entre le patient et IDSP ASALEE** :

« Il y a sûrement d'emblée une relation de confiance qui est là, puisque l'infirmière est dans le cabinet. Et ils savent bien qu'on travaille ensemble. »

Cette relation de confiance s'installerait grâce à une **approche particulière de l'IDSP, de prise de temps, d'écoute non jugeante, d'attitude non culpabilisante et d'adaptation au rythme du patient**. Tout ceci permettrait au patient d'être plus libre, de parler, de se livrer :

« C'est comme un fumeur à qui on dit "il faut arrêter de fumer", il le sait. Et si on est trop frontal, il revient pas en consultation. Donc il faut y aller en douceur. Il ne faut pas être culpabilisant. C'est probablement les filles qui le font beaucoup mieux que nous qui sommes pressés, qui voulons du résultat, qui sommes dans nos hémoglobines glyquées. Ils viennent, ils ont la trouille, ils ont l'impression qu'ils viennent au tribunal. Enfin, c'est pas simple. Les filles abordent ça différemment, le fait de proposer des groupes de marche, ce genre de choses, ça permet de découvrir des choses qu'ils ne connaissent pas, parce que finalement s'ils sont arrivés là, c'est qu'ils ne connaissent pas tout ça. »

« Il y a, je pense, plein de questions qu'ils osent poser aux infirmières, qui n'ont pas eu le temps de nous poser ou qu'ils n'ont pas osé, justement parce qu'on est médecin [...]. Ça je pense que c'est l'intérêt. Pour l'infirmière, elle a une autre approche parce qu'ils osent. »

« Y a moins l'attente de jugement, c'est ce que disait [autre participant]. Il y a peut-être moins cette peur du jugement, d'être jugé par le médecin, alors qu'avec une infirmière il y a peut-être une relation qui est un petit peu différente »

Le fait que les IDSP appréhendent les patients de manière globale en s'intéressant à leurs conditions de vie socioprofessionnelles et familiales, leur état psychologique, **permettrait aux médecins, grâce à la communication par le dossier médical et des temps d'échanges avec l'IDSP, d'améliorer les prises en charge en s'adaptant au mieux à chaque patient :**

« Moi je trouve que ce qui est très intéressant sur les retours de l'infirmière, c'est les conditions de vie des gens etc. pour lequel elle passe plus de temps à discuter avec eux, elle nous fait des retours qui ne sont pas forcément que sur leur pathologie mais qui permettent de comprendre la globalité du patient et qui nous sont utiles après. »

« Moi au début, quand avec elle on débriefait j'ai pris des coups de pied au cul parce que comme tu dis t'as l'impression de connaître tes patients depuis 20 ans, que t'es le meilleur médecin du monde et puis finalement l'infirmière en une heure elle apprend beaucoup plus que toi sur les modes de vie, sur tout ce qui s'est passé dans la famille, et que toi tu cachettes tes patients parce qu'il est dépressif machin, qu'il est pas bien dans sa tronche et j'ai jamais creusé, pris le temps de dire « finalement t'es pas bien et c'est pourquoi » et ça, ça a été dit en 20 minutes avec l'infirmière »

« Je trouve très intéressant ces comptes rendus qu'elles font parce qu'on apprend plein de choses sur les gens qu'on ne connaissait pas alors qu'on pensait qu'on les connaissait mais en fait non, et je trouve ça très intéressant. On échange beaucoup sur les patients et je trouve ça intéressant pour la prise en charge. »

**Ce partage d'informations semble donc possible grâce aux réunions médecins / IDSP, mais aussi au travers du dossier médical partagé,** point essentiel souligné lors des focus group :

« Et après un autre point positif c'est l'évaluation. C'est-à-dire elle se fait à 2 niveaux. C'est le compte rendu que fait l'infirmière sur le dossier patient, puisqu'elle a accès à nos dossiers patients. On n'a pas forcément une concertation systématique avec l'infirmière après chacune de ses interventions mais on a ses comptes rendus sur le logiciel. »

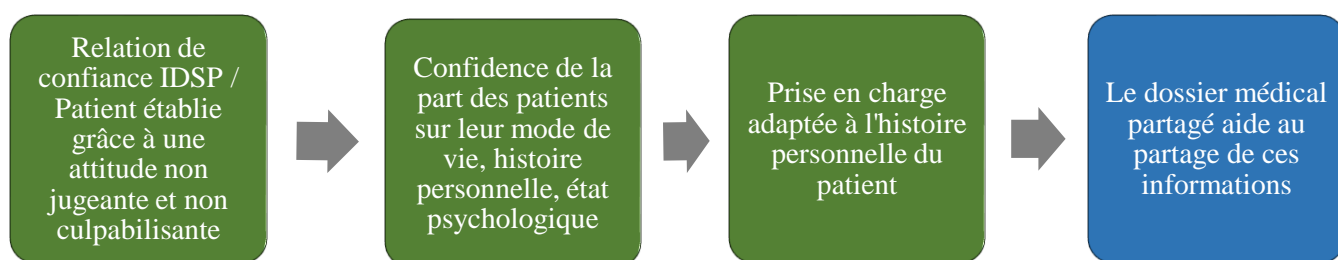


Figure 17 : Une relation de confiance IDSP / Patient

#### 4.4. Difficultés de recrutement des patients

Il peut être **difficile de recruter** les patients ou de les amener à **adhérer** au dispositif ASALEE.

Cette **difficulté de recrutement des patients pourrait s'expliquer par un manque de formation sur ASALEE chez les médecins** induisant des difficultés pour en expliquer le

fonctionnement aux patients. Cela rejoint l'idée du manque d'information au paragraphe 2.4, et celle du manque de formation en ETP au paragraphe 3.1.2.

Le « **manque d'automatisme** » semble également être un frein important ; à contrario il y aurait une dynamique positive, un effet levier, dans cette prise d'automatisme dans le recrutement.

*« Dès fois quand on démarre sur la méconnaissance des protocoles, de savoir qui envoyer, quand. Le temps de s'approprier la façon de faire. Donc oui surement au début la difficulté de recrutement et puis de le maintenir surtout, surtout de le maintenir. Parce que voilà, les choses arrivent un petit peu avec la fatigue, et si ce n'est pas déjà un automatisme, avec la fatigue arrivante ou le volume d'activité, on n'y pense un peu moins. Puis on fait de moins en moins, et à un moment on se dit « tiens, je n'en envoie plus ». Et puis après c'est « tiens j'en envoie plus donc je peux en envoyer plus donc je renvoie ». Et puis après quand ça arrive comme ça une ou deux fois, ça devient un automatisme qui fait qu'on prend vraiment l'habitude d'en envoyer. »*

Une autre idée concernant les difficultés de recrutement a été relevée : **certains patients n'adhèreraient pas au protocole ASALEE par méconnaissance ou déni de leur pathologie :**

*« Et qui sont quand même globalement complètement responsables de leur pathologie. Donc ils aiment pas. Donc c'est jugeant, ce n'est pas évident. "D'avoir une BPCO, c'est un petit peu de ta faute", être asthmatique ça ne l'est pas. [...] Tant qu'ils n'en seront pas conscients, ils ne pourront pas faire grand-chose. Donc, au bout d'un moment, ils prennent leurs responsabilités aussi mais qu'ils comprennent que le problème le premier problème c'est par méconnaissance des pathologies. »*

Des **précisions concernant le stade motivationnel** ont été apportées et il semblerait plus facile de motiver un patient contemplatif plutôt qu'un pré-contemplatif :

*« Le fait que tu dises que les contemplatifs, ceux-là on peut les envoyer parce que ça va peut-être marcher que les pré-contemplatifs, ça va pas forcément marcher, il y a une histoire d'acceptation de la maladie ? »*

Certains **patients n'auraient pas assez confiance en eux pour se rendre acteur de leur santé**, ce qui pourrait être un frein au recrutement :

*« Après y en a qui sont juste incompetents et qui sentent qu'ils ne peuvent pas y arriver. Alors peut être que c'est un manque de confiance en soi aussi. »*

Ainsi certains patients préféreraient rendre le médecin responsable de l'échec de la prise en charge :

*« C'est parce qu'il se protège aussi. Parce que s'il est en échec, c'est toi le docteur, c'est ta faute, ce n'est pas sa faute. C'est un point très important. [...] S'il va être acteur, ce n'est plus toi le responsable. Là il y en a plein, ils te rendent responsable. T'as pas fait ça, il y a une maladie, t'es responsable. »*

Même si l'ETP a montré des preuves d'efficacité, elle semblerait ne pas être adaptée à tous les patients, certains n'y adhèreraient tout simplement pas. Cela pourrait être dû à une certaine précarité de ces patients chroniques, à un manque de bagage culturel, ou bien parce que les patients préfèrent garder une vision paternaliste du médecin :

« il y a certains profils de patients pour qui ça ne marche pas et du coup, soit ils n'y vont pas, soit quand ils y vont ils tiennent pas, et ils ne sont pas adhérents et lâchent parce que en fait ils ont... c'est pas ce qu'il leur faut. [...] C'est peut-être une des limites de tout regarder ETP ETP ETP. »

« Mais ce que je constate, c'est que certains patients soit adhérent pas, n'y vont même pas, soit sont en échec avec l'infirmière parce qu'ils n'ont pas le bagage culturel ou intellectuel pour adhérer à la démarche. »

« ils ont besoin, certains peut être, qu'on leur assène des vérités et d'avoir encore le bâton ou en tout cas la vision très paternaliste du médecin. »

Une proposition d'étude des facteurs de réceptivité à l'ETP afin de comprendre les éventuels échecs a été émise :

« Ce que tu voudrais toi c'est des facteurs de réceptivité c'est à dire savoir auxquels tu vas proposer de l'ETP ?

« Est-ce que ça a déjà été étudié ou est-ce qu'on pourrait arriver à définir un profil patient qui va accepter ou chez qui ça va marcher et les profils patients chez qui ça va pas marcher et chez qui il faut rester sur une relation un peu traditionnelle du patient au médecin ? »

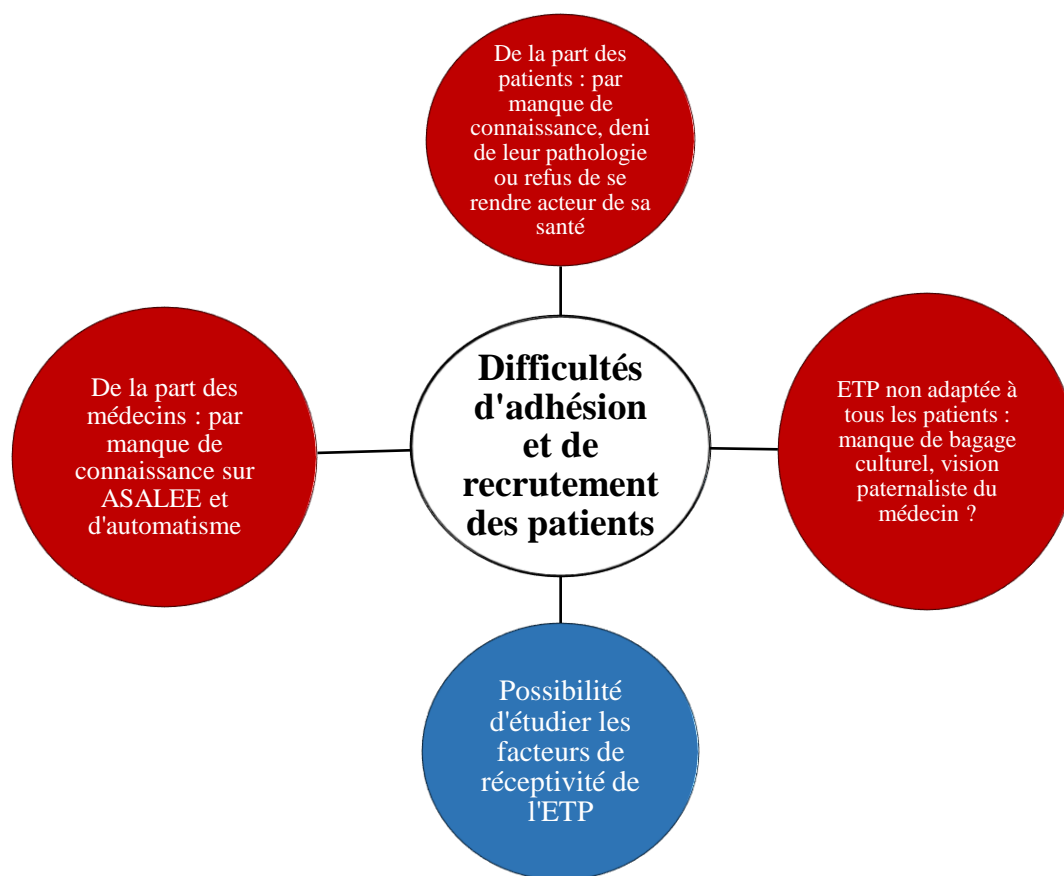


Figure 18 : Difficultés d'adhésion et de recrutement des patients

#### 4.5. Possibilité de consultations en trinôme pour mieux connaître ASALEE

Afin de remédier à ce manque de connaissance sur ASALEE, la possibilité de réaliser des **consultations en trinôme** a été envisagée, ce qui permettrait de mieux appréhender le fonctionnement d'ASALEE et de pouvoir mieux l'expliquer aux patients :

*« Moi j'aimerais bien, puisque tu disais que les internes y vont, moi j'y ai jamais assisté, j'aimerais bien qu'elle me fasse une consultation d'éducation thérapeutique autant pour moi ou voir un patient. Mais les deux, je trouve que c'est intéressant, pour moi me rendre compte, voilà, comment elle appréhende des choses et comment le patient le vit. [...] Je pense que du coup, si t'as assisté à une séance comme ça, moi je pense que ça me permettrait de mieux convaincre mes patients parce que tu as eu une consultation »*

Néanmoins cette idée a été controversée puisque dans cette situation le patient pourrait se sentir moins libre de parler :

*« Après, le problème c'est que le patient, est-ce que sa parole serait aussi libre avec nous si on était présent, nous ? »*

L'idée de participer à une telle consultation avec les patients de leurs confrères afin de ne pas entraver cette liberté d'expression a été évoquée :

*« Ou pas forcément un de tes patients. On pourrait faire faire une journée toi ici et moi là-bas. »*

Cependant le manque de temps pourrait rendre difficile l'organisation de telles consultations :

*« Parce que je voulais essayer de faire une consultation par an avec ASALEE, avec mon patient mais c'est vrai que c'est hyper difficile à mettre en place.*

- [...]
- *Oui, ça s'organise, ça s'organise mais ça désorganise tout mon emploi du temps. »*

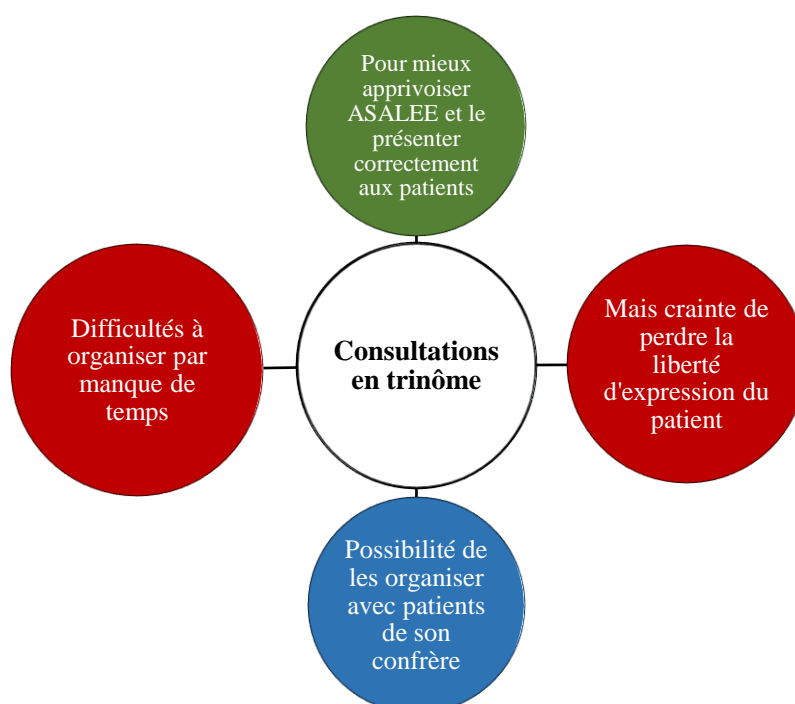


Figure 19 : Consultation en trinôme

## 5. Un changement des pratiques

### 5.1. Changement de pratiques pour les médecins

#### 5.1.1. Une approche différente de la médecine

L'apport de l'ETP en ambulatoire permettrait **une approche différente de la médecine** :

« Il y a 20 ans, on leur disait "Vous avez du cholestérol, tenez. Vous avez du sucre, on a une pilule pour le sucre, vous avez une douleur, ben on a un anti-douleur. »

« - Ouais, mais maintenant qu'on est transversal, maintenant qu'on a une autre façon de raisonner..."

- [...]
  - Probablement, parce qu'on a une autre façon que ce qu'on aborde complètement... [...] Moi j'ai connu les premières, la première campagne sur les antibiotiques ce n'est pas automatique, mais maintenant les patients quand je leur dis "je vais vous proposer un... vous allez me donner un antibiotique ! Attention docteur, c'est pas automatique"

Il serait nécessaire **d'étudier les représentations** de la maladie et des médicaments chez les patients, ce que l'on ne fait pas assez pour le moment :

« - Tout ce que vous abordez c'est tout ce qui touche aux représentations de la santé, de la maladie, des médicaments...

- Je pense que l'éducation thérapeutique qui en train d'exploser. Mais c'est ça qui est fou. On sait que la prévention, ça marche mieux.
- Etudier les représentations, peut-être qu'on n'étudie pas assez en fait. Et même l'infirmière ne le fait pas forcément... »

#### 5.1.2. Adoption d'une posture ETP

Grâce à cette nouvelle façon de travailler, **une modification des échanges médecins-patients** a été ressentie. Ils constatent une meilleure interaction grâce à une attitude moins descendante, une modification de leur pratique médicale avec une **écoute plus attentive, moins jugeante et une approche moins centrée sur la pathologie et davantage sur la globalité du patient** :

« Même si on essayait déjà de pas être trop descendant, je crois que ça nous a encore plus aidés à avoir une approche encore plus centrée patient. [...] Je passe moins de temps à répéter des messages descendants qui en plus ne marchent pas. »

« Et nous aussi du coup, on regarde le patient différemment. Et puis on en sait un petit peu plus sur son mode de vie, ses envies, ses objectifs à lui, et du coup j'ai l'impression qu'il y a de manière générale, pas que pour le diabète etc... mais même pour les autres choses ; j'ai l'impression qu'on change un peu notre vision du patient, la façon dont on interagit avec lui, un petit peu moins... un peu moins verticale, peut-être plus dans de la démarche médicale partagée, mais d'une manière générale, pas que sur le problème du diabète ou sur le problème du tabac. Et j'ai l'impression qu'eux du coup, nous regardent différemment aussi, plus comme des médecins un peu plus un peu plus proches, un peu moins inaccessibles. »

Cependant cette notion a été pondérée, car de temps en temps ils peuvent se sentir jugés par leurs collègues s'ils n'adoptent pas une approche éducative pour certains patients :

*« Lorsqu'on parle des patients en réunion, c'est tout voir par le prisme de l'éducation thérapeutique, ça peut être réducteur et parfois on peut se sentir jugé si on a fait un truc un peu trop directif et pas transversal comme il faudrait avec les mots qu'il faut. Si on reprend les vieilles habitudes de temps en temps du médecin paternaliste, il y a peut-être chez des gens chez qui ça marche et parfois on peut se sentir nous en tant que médecin peut être parfois jugés par d'autres médecins ou par l'infirmière, d'avoir eu une approche descendante et pas d'avoir fait une démarche vraiment d'éducation thérapeutique. »*

### 5.1.3. Gain de temps

ASALEE ferait **gagner du temps aux médecins**, grâce à **l'amélioration de la prise en charge** de leurs patients permise par cette approche éducative, et les **actes dérogatoires** réalisés par les IDSP :

*« C'était évident que l'éducation thérapeutique pouvait nous apporter des choses dans l'efficacité de notre prise en charge des pathologies chroniques. Et également, comme tu disais [autre participant], pour nous faire aussi gagner du temps. Prendre du temps avec des patients, temps qu'on n'a pas forcément, qui nous est pas forcément toujours disponible. On n'a pas le temps de faire une heure de diagnostic éducatif etc... »*

*« Je trouve que le bénéfice c'est justement le temps que les infirmières ont avec les patients que nous on n'a pas en consultation par exemple. C'est un luxe qu'elles peuvent se permettre et donc du coup on en bénéficie dans la prise en charge de toutes les pathologies chroniques. »*

*« On voit quand même des résultats qu'on n'avait pas, parce qu'on leur accordait un quart d'heure et que ce n'était pas possible ».*

*« Le point positif aussi c'est le côté technique qu'apporte ASALEE aussi et dans la réalisation des gestes, parce que ce serait faire des EFR, faire des électrocardiogrammes etc. C'est du temps pour nous qui est gagné ».*

**Sans les IDSP, les médecins feraient moins d'éducation thérapeutique, principalement par manque de temps :**

*« Et le temps, je ne pourrais pas le prendre même si je voulais [...] ça touche des pathologies que ce soit le diabète de type 2 parce que c'est surtout celui-là dont on parle, ou le tabagisme, ou le surpoids, ce sont des pathologies où le patient est d'emblée négligeant, il se sent jugé dès qu'on l'aborde il faut reprendre toute une éducation ; c'est des années finalement, c'est toute une vie de choses faites à l'envers. Donc c'est compliqué et moi j'ai pas le temps »*

**Ce temps gagné serait dégagé pour d'autres activités pour lesquelles ils ne le prenaient pas forcément suffisamment, tels que les actes de prévention :**

*« Oui, le temps qu'on passait à avoir une hémoglobine glyquée qui n'était pas équilibrée, à répéter des mesures hygiéno-diététiques de manière descendante en fait, ce temps-là en fait on le passe moins parce que cette prise en charge... éducative est déjà faite par l'infirmière. Donc moi, je passe moins de temps à répéter des messages descendants qui en plus ne marchent pas.*

*Du coup je passe plus de temps à avoir d'autres choses, à faire de la prévention, à faire autre chose. »*

Une **nouvelle organisation de leur cabinet** a pu être mise en place grâce à un **partage du suivi des patients avec leur IDSP**. L'IDSP peut par exemple faire le renouvellement d'ordonnance pour les patients bien équilibrés à 3 mois, entre les 2 consultations médicales qui sont alors espacées tous les 6 mois :

*« - Ce que tu veux dire c'est que toi un hypertendu tu ne seras pas obligée de le voir tous les 3 mois pour lui renouveler son médicament si sa tension est équilibrée, c'est ça le principe ?*

- *Oui tout à fait, oui c'est possible ça. En tout cas pendant 6 mois je ne le vois pas forcément*
- *Il y a un certain temps à définir ?*
- *Au début. Les nouveaux hypertendus moi je les vois plus, elle les voit tous les mois pendant 6 mois et après elle me les réadresse que si la tension n'est pas équilibrée.*
- *C'est important ça parce que ça dégage du temps médecin. Aujourd'hui il y a des tas de cabinets qui ne prennent plus de nouveaux patients parce qu'il y a une saturation. Mais l'organisation ce n'est pas forcément qu'il faut davantage de médecins mais il faut une organisation différente ».*

**L'organisation d'ASALEE** peut être ressentie comme étant chronophage notamment en raison du **temps de réunion médecins / IDSP**. Ainsi le gain de temps global peut ne pas être perçu :

*« - Par contre je ne suis pas du tout d'accord avec ce que dit [autre participant] en termes de gain de temps pour nous. En termes de gain de temps à la consultation, oui, évidemment, que le temps qu'on ne passe pas à expliquer certaines choses qui sont le travail effectué par l'infirmière, bien sûr que nous, on gagne du temps mais en termes de gain de temps pour nous, moi je vois pas le gain de temps pour moi médecin généraliste.*

- *Alors, moi je voudrais juste revenir sur quelque chose que tu as dit. Donc toi, la perte de temps c'est pour les réunions qu'il y a avec l'infirmière, c'est de ça dont tu parles ?*
- *C'est pas un gain de temps global dans notre emploi du temps.*
- *D'accord, donc toi, le rapport il est pas positif ?*
- *Il est positif pour mes patients [...] c'est du positif en bien être pour les patients, pour moi, ça ne me change pas grand-chose.*
- *Si c'est toi qui devais faire l'éducation thérapeutique ?*
- *Je ne le ferais pas, je suis très honnête, je ne le ferais pas.*
- *Oui d'accord. C'est pour ça qu'on dit que c'est un gain de temps parce que moi si je voulais faire le...*
- *En groupe c'est l'intérêt de pas travailler isolé parce que sinon nos patients y perdent. Je suis d'accord avec vous.*
- *Quand tu dis perte de temps, c'est par rapport aux réunions ?*
- *par rapport aux réunions oui. »*



#### 5.1.4. Réorganisation de la pratique médicale

Comme décrit plus haut, **les médecins sont libres d'organiser leur pratique dans le cadre d'ASALEE, avec une délégation de tâches propre à chaque binôme** comme par exemple sur le renouvellement d'ordonnance.

**Il existe une évolution de la pratique due au manque de médecins et une demande de plus en plus importante en raison de l'accroissement des pathologies chroniques.**

ASALEE semble pouvoir être une des solutions à cette problématique :

*« Aujourd'hui il y a des tas de cabinets qui ne prennent plus de nouveaux patients parce qu'il y a une saturation. Mais l'organisation ce n'est pas forcément qu'il faut davantage de médecins mais il faut une organisation différente. Parce qu'on ne fait plus la même médecine : il y a 35 ans les médecins généralistes voyaient leurs hypertendus toutes les semaines ils leur prenaient la tension et ils prenaient une consultation. Donc je veux dire au jour d'aujourd'hui il y a une organisation qui est différente et il faut la mettre vraiment en efficience pour pouvoir dégager du temps médecin. »*

Une vision plus pessimiste de l'avenir a été évoquée où les médecins ne seront plus que des prescripteurs « déshumanisés » :

*« - Donc nous on va être des ouvriers, des stakhanovistes de la prescription. (Petits rires). Nan, mais vous avez pas l'impression ?*

- Ce que tu es en train de dire c'est qu'on va déléguer tout ce qui est un peu éducation, tout ça aux infirmières et nous on va juste être assez techniques ?*
- Oui et je suis même persuadé qu'à un moment donné dans le cabinet on aura peut-être une infirmière qui prendra la tension qui fera les ECG. Comme aux Etats-Unis. »*

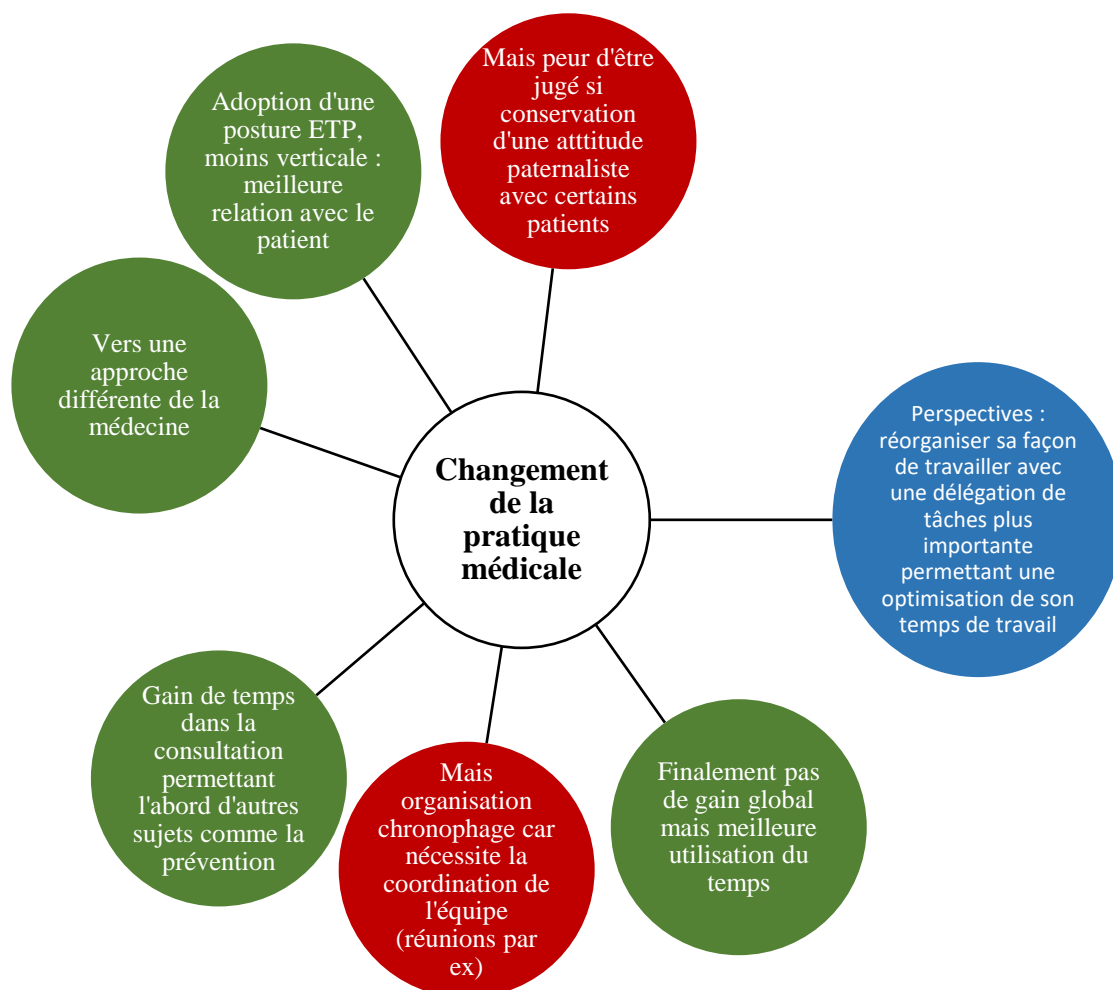


Figure 20 : *Changement de la pratique médicale*

## 5.2. Mode de fonctionnement ouvert

### 5.2.1. Souplesse, liberté, autonomie

Parmi les points positifs du protocole ASALEE, la **souplesse d'utilisation** a été relevée : le fait de **pouvoir créer des protocoles de coopération, des ateliers, de pouvoir déléguer des tâches multiples à son IDSP**.

« - D'autres points positifs d'ASALEE, moi je trouve que c'est la souplesse et la possibilité qu'on a de mettre en place pleins de choses.

- Par exemple ?
- Au cabinet, on a fait un protocole pour la prise en charge de l'hypertension avec des consultations alternées avec l'infirmière, des consultations alternées par rapport au diabète. Donc voilà on a le loisir de pouvoir être innovant si on a des idées, de pouvoir les expérimenter. Ça marche c'est bien, ça ne marche pas on change. »

L'implication du médecin reste propre à chacun dans cette **liberté d'organisation**. Cette **autonomie** semble être appréciée :

« *Donc en fait chacun s'approprie aussi comment dire son affinité. [Autre participant] est l'élément moteur dans le cabinet pour tout ce qui est protocole : protocoles hypertension etc., innovation dans l'organisation ASALEE. Et puis elle nous fait des propositions et puis généralement on suit, parce que c'est toujours très judicieux. Rires. [...] C'est ça la dynamique au final. C'est le gros avantage d'ASALEE, c'est que chacun s'approprie son niveau d'investissement dans le cabinet. »*

La possibilité semble donnée de s'organiser comme ils l'entendent avec leur IDSP afin de déléguer au mieux le travail, voir avec elles jusqu'où ils peuvent aller :

« *Nous au cabinet c'est chacun qui fait avec l'IDSP ce qu'il veut, jusqu'où il a envie d'aller. Moi, les Hba1c tous les 4 mois elle gère, le fond d'œil elle va gérer, les prescriptions, machin. Moi je lui signe les trucs, je lui fais confiance, elle va gérer tout ce qui est biomédical, elle connaît le truc, elle a les recommandations. On forme, on informe. Elle se sent compétente, elle se sent capable de prendre la responsabilité et puis bingo moi ça ne me dérange pas. Après c'est à chacun de voir jusqu'où tu peux aller avec ton infirmière, jusqu'où elle veut aller avec toi dans la démarche de prise en charge. »*

Il existe la possibilité de développer **des nouvelles missions** qui ne font pas partie des protocoles existants :

« *Pour les dépistages de scoliose, enfin pour tout ce que l'on voudra ou pour un enfant asthmatique alors que ce n'est pas dans les protocoles et que l'asthme ce n'est pas protocolarisé dans ASALEE, mais pourquoi pas, parce que moi avec mon infirmière, en la formant, et il faut qu'elle soit d'accord bien sûr, auquel cas il y aura du temps ASALEE qui sera dégagé bien sûr. »*

### 5.2.2. Créations d'ateliers, de protocoles

Grâce à cette souplesse d'utilisation, **chacun semble être autorisé à mettre en place des protocoles spécifiques** à certaines pathologies comme pour l'HTA par exemple :

« *Au cabinet, on a fait un protocole pour la prise en charge de l'hypertension avec des consultations alternées avec l'infirmière, des consultations alternées par rapport au diabète. »*

**Certaines IDSP dans les Landes ont mis en place des groupes de marche** pour les patients à risque cardio-vasculaires :

« *Notre infirmière, ça fait que deux ans qu'elle est là mais elle a mis en place par exemple un groupe de marche le lundi matin je crois pour certains patients, pour des patients en surpoids, diabétiques etc. Elle part avec eux faire de la marche. »*

« *Voir la création de tous ces ateliers que l'on peut faire, là, je rejoins [autre participant], tous ces gens qui n'avaient pas accès, qui ne faisaient pas de gym, qui ne se montraient pas, on arrive quand même à des points très très positifs. »*

L'existence de difficultés dans la création de ces protocoles et ces ateliers a été relevée. Il existe une volonté de la part des médecins de **pouvoir inclure d'autres professionnels de**

**santé** dans leurs protocoles comme la diététicienne, la psychologue ou bien les kinésithérapeutes. Cependant **ASALEE** ne permettrait pas **de les financer, ce qui constituerait un frein à leur développement** :

« Nous dans les protocoles on a quelques fois, on aurait besoin d'interventions ou de pouvoir articuler ASALEE avec d'autres professionnels type psychologues. Voilà, intégrer d'autres professionnels, et ça c'est compliqué parce qu'on n'a jamais pu y arriver [...]. On fait un protocole lombalgie où c'était finalement par un autre biais qu'on a réussi à intégrer des consultations l'avis de la psychologue, diététicienne, etc... [...]. Pour le moment, ASALEE ne peut pas intégrer d'autres paramédicaux.

- D'un point de vue financier tu veux dire ?
- Oui financier pour financer ces gens où ce n'est pas pris en charge. »

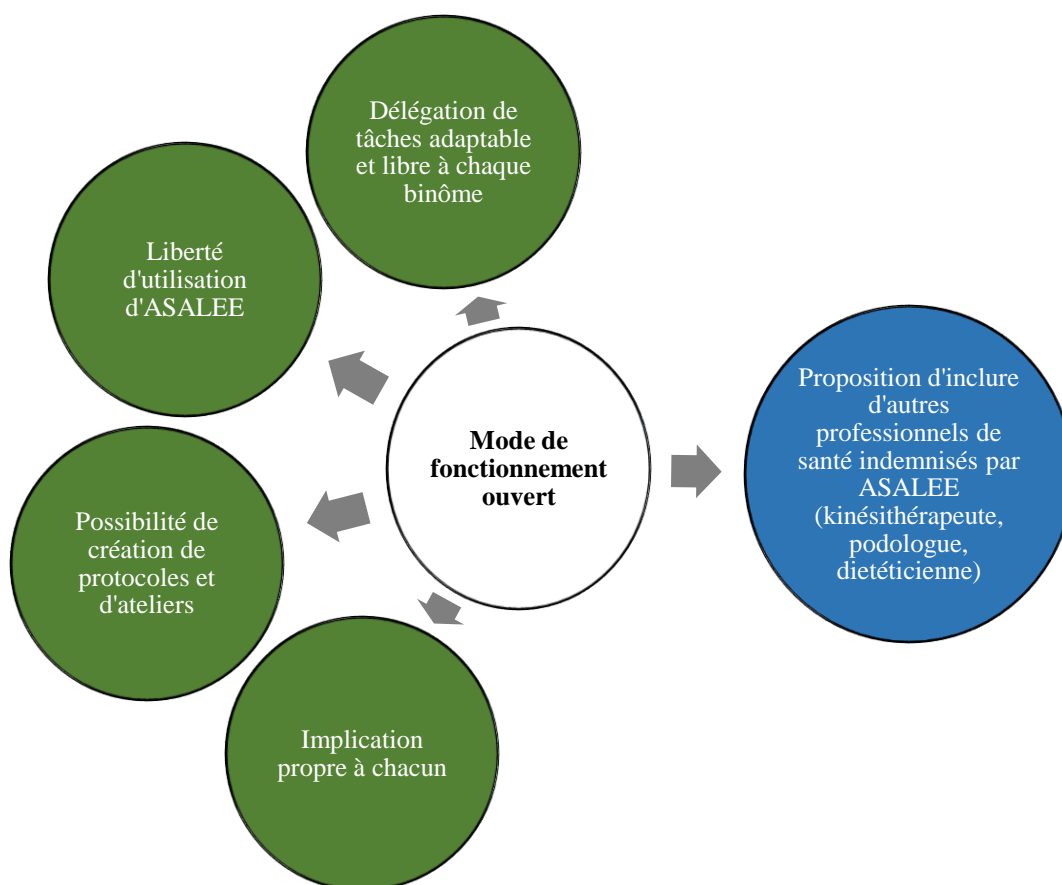


Figure 21 : Mode de fonctionnement ouvert

### 5.3. Elargissement des compétences des IDSP

#### 5.3.1. Développement de nouvelles missions pour les IDSP

Ils ont plutôt l'habitude d'adresser à leur IDSP principalement les patients diabétiques et peu pour les autres pathologies prises en charge au sein d'ASALEE :

« - C'est plus ciblé chez nous, il me semble, sur le diabète, parce que, peut-être que là, ça vient de nous médecins généralistes, on n'a moins développé ou moins envoyé d'autres

*pathologies [...] l'option-là, c'est peut-être plus de développer certaines autres pathologies maintenant que ça roule sur le diabète. C'est peut-être ça l'objectif.*

- *Comme le sevrage du tabac, le dépistage de la BPCO ?*
- *Voilà, là ce serait peut-être utile, on est en difficulté sur ces points là... »*

*« Je pense que ça serait bien qu'on puisse développer peut-être la part cognitive, ça nous aiderait bien peut être si... Mais peut être qu'on n'envoie pas assez pour des bilans MMS, des choses comme ça. »*

L'élargissement **des compétences des IDSP** a été proposée, comme par exemple pour le dépistage des scoliozes, de l'asthme, et des troubles des apprentissages chez les enfants :

*« Pour les dépistages des scoliozes, enfin pour tout ce que l'on voudra ou pour un enfant asthmatique alors que ce n'est pas dans les protocoles, et que l'asthme ce n'est pas protocolisé dans ASALEE mais pourquoi pas. »*

*« - Y a un cabinet qui fait du dépistage du trouble des apprentissages chez les enfants.*

- *Ça c'est bien.*
- *Non mais c'est vachement bien parce qu'on a les consultations orthophonistes qui sont blindées où elles voient 50% des enfants qui n'ont pas besoin d'être vus. En fait c'est les instits qui font les prescriptions de bilan orthophonique. C'est le boulot qu'on devrait faire mais qu'on n'a pas le temps de faire. Mais du coup ça serait intéressant de pouvoir faire ça aussi. »*

### 5.3.2. Craintes concernant une diminution des compétences et un manque de temps des IDSP, consécutifs à l'élargissement de leurs champs d'activités

Les IDSP sont libres de mettre en place différents protocoles et ateliers en coopération avec leurs médecins. Comme nous l'avons évoqué plus haut, certains médecins participants souhaiteraient élargir leurs champs d'activité dans le cadre d'ASALEE.

Une réserve de leur part a été notée en raison de **craintes sur une possible perte de compétences pouvant résulter de cet élargissement du champ d'action des IDSP** :

*« - Je trouve qu'il y a quand même un panel très très très large de l'activité ASALEE et je me demande si une infirmière peut assumer tout ça au niveau éducation thérapeutique. C'est à dire on parle des troubles de la mémoire, de l'obésité, du diabète, de l'insuffisance cardiaque, de l'insuffisance respiratoire. J'ai peur qu'à un moment donné on ait des limites. Je ne dis pas qu'il faudrait des infirmières spécialisées mais bon j'ai l'impression que plus ça va plus ça s'élargit.*

- *Qu'elles n'aient pas le temps de tout faire ?*
- *Voilà, plus ça va plus ça, plus c'est étendu.*
- *De temps ou de compétences ?*
- *Les deux. Alors elles sont formées, chaque fois il y a des formations spécifiques. Mais, voilà, l'éventail s'élargit beaucoup je trouve. »*

Cette notion de perte des compétences des IDSP semblerait pouvoir être majorée par une éventuelle attitude des autorités de santé qui, voyant les résultats positifs d'ASALEE, pourraient vouloir profiter du système pour élargir les champs d'activité des IDSP :

« Non juste pour rebondir sur ce que tu disais au début [autre participant] par rapport à cette omni ou pluripotente d'ASALEE, c'est un petit peu le risque. C'est qu'il y a une pression de la part du ministère de la Santé sur ASALEE vu que l'outil fonctionne bien, il faut éviter que ça parte dans tous les sens. »

Dans ce cas-là, les IDSP pourraient alors ne plus avoir suffisamment de temps accordé par ASALEE pour s'occuper de tous les patients (en théorie un médecin a droit à 20% d'équivalent temps plein IDSP), ce qui est une crainte émise par les médecins :

« Mais à un moment donné quand même voilà je... déjà à vouloir élargir ce panel mais peut être que le temps... parce qu'apparemment c'est 20 % par médecin ?

Apparemment, cela ne poserait pas problème puisque ce temps pourrait être augmenté par ASALEE si l'activité de son IDSP est importante (ces 20% d'équivalent temps plein IDSP peuvent être majorés en fonction du taux d'activité de l'IDSP) :

« Le coup des 20% c'est fini ça. Y a 2 médecins qui ont une infirmière à temps plein, ça existe. »

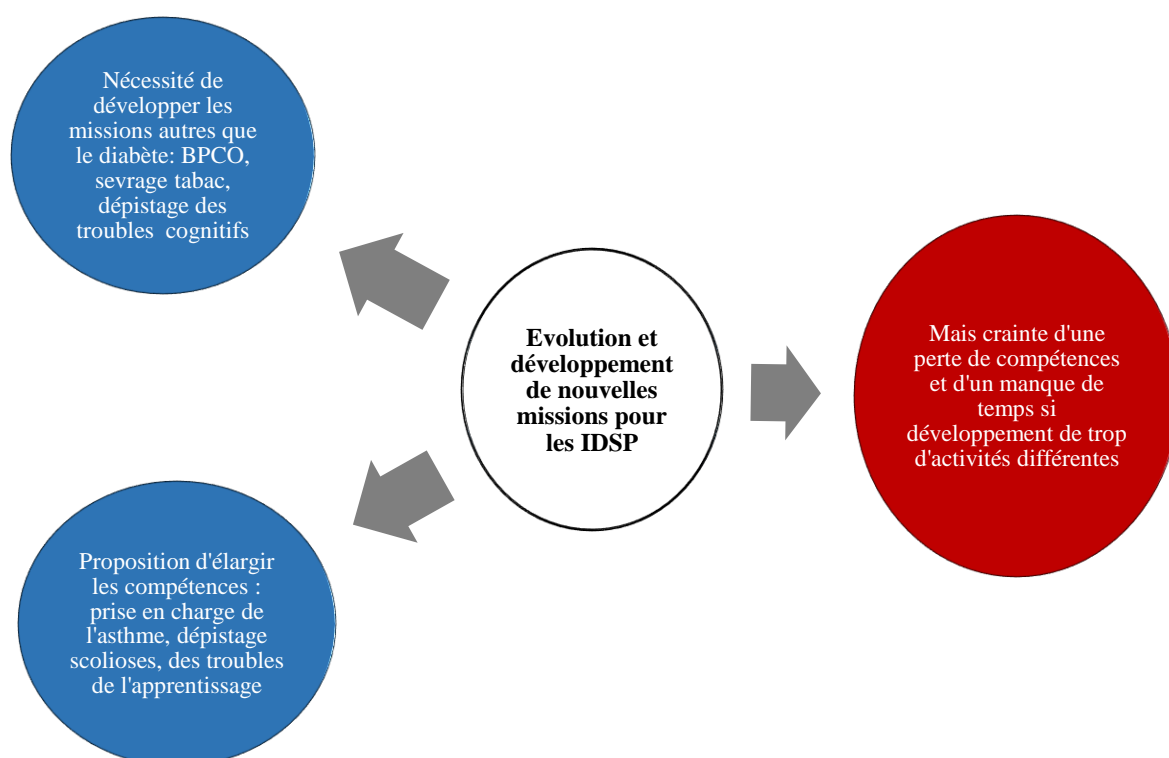


Figure 22 : Evolution et développement de nouvelles missions pour les IDSP

## **6. Les effets positifs ressentis**

### **6.1. Des preuves d'efficacité**

L'ETP semble reconnue comme étant un élément indispensable permettant une **meilleure prise en charge des patients chroniques** :

*« C'était évident que l'éducation thérapeutique pouvait nous apporter des choses dans l'efficacité de notre prise en charge des pathologies chroniques. »*

*« Y avait des preuves comme quoi cette façon d'aborder les pathologies chroniques avait prouvé son efficacité, notamment avec l'expérimentation en Poitou-Charentes »*

ASALEE représenterait un **intérêt économique**, l'amélioration de la prise en charge entraînant une diminution des hospitalisations :

*« Oui mais c'est aussi moins de complications et donc moins d'hospitalisations etc. D'un côté c'est bien pour les patients, parce qu'ils sont moins hospitalisés, y a moins de morbi-mortalité et en plus de ça, ben oui on hospitalise moins les gens donc oui ça fait gagner de l'argent »*

### **6.2. Amélioration du suivi et du dépistage chez les patients chroniques**

ASALEE semble répondre à leurs attentes : ils semblent ressentir une **amélioration du suivi** de leurs patients, par exemple au niveau du **dépistage des complications** du diabète :

*« - Et grand intérêt parce qu'elles font, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, elles font ce qu'on peut pas faire.*

- *C'est-à-dire ?*
- *Regarder les pieds, dépister une neuropathie, les peser régulièrement, faire de l'éducation thérapeutique, leur parler nutrition, les dextros enfin voilà. »*

### **6.3. Accompagnement rapproché et personnalisé**

**Un changement de comportement de leurs patients** grâce à un suivi et un **accompagnement rapproché par les IDSP** a été remarqué :

*« L'intérêt, je pense, de l'infirmier et de l'accompagnement, c'est la redondance aussi parce que, piqûre de rappel, de temps en temps, tous les 6 mois, quand ils ont un peu oublié, ça je pense que c'est très important, ça fait partie de leur travail. »*

*« Le temps il faut le prendre une fois, mais il faut le prendre 30 fois, parce que c'est pas en un coup qu'il va comprendre, il faut qu'il intègre les informations les unes après les autres et c'est vrai comme ça ASALEE ça aide bien. »*

Cet accompagnement rapproché permettrait de **s'adapter à tous les patients** afin qu'ils rentrent dans cette démarche d'éducation thérapeutique **chacun à leur rythme** :

« L'éducation thérapeutique, faut du temps au temps quoi. On a des patients qui vont mettre 4-5 ans pour rentrer dans la démarche et même s'ils ne vont pas s'y préoccuper pendant 6 mois y a pas de résultat, et puis tout d'un coup, y a un déclic. »

#### 6.4. Autonomisation du patient

Grâce à cet accompagnement rapproché par l'IDSP, **un investissement de la part de certains patients** a pu être constaté :

« Ils s'investissent dans un domaine où jamais on aurait pu penser qu'ils se seraient investis. On le voit pour l'activité physique. On a des tas d'exemples de gens. Moi j'étais ébahi et content pour eux parce qu'ils se sont investis alors qu'ils ne l'auraient pas fait dans d'autres conditions. »

L'ETP réalisée par les IDSP aurait permis une meilleure **compréhension de leur maladie** :

« Moi, le point positif, je pense, essentiel pour les malades, c'est la compréhension des malades de leur maladie »

Grâce à cette compréhension **les patients accepteraient mieux leur pathologie et deviendraient plus autonomes** :

« - Je pensais que c'était important la compréhension et l'acceptation parce que sinon ils ne peuvent pas agir sur leurs actes. »

- [...] en compréhension de leur maladie, dans le fait qu'ils sont mieux éduqués, qu'ils vont prendre mieux soin de leurs pieds, qu'ils vont arriver avec des pathologies moins graves ça c'est sûr. »

Cette idée a été nuancée en précisant tout de même que cela ne fonctionne pas avec tous les patients :

« J'ai toujours les mêmes patients bourriqués quand même qui, malgré les 10000 explications, je suis désolé de parler comme ça mais c'est vrai, on a quand même des gens qui sont... ont du mal à accepter la maladie et ont du mal à comprendre les consignes etc.... malgré les rappels des infirmières etc. »

#### 6.5. Amélioration clinique et biologique, diminution des traitements

Une **amélioration à la fois clinique et biologique** a été notée :

« Moi je dirais qu'il y a vraiment une amélioration sur le poids, sur l'hémoglobine glyquée. »

Une des raisons de leur satisfaction a été la possibilité de **diminution des traitements** grâce à l'obtention de résultats positifs chez certains patients :

« On a constaté quand même pour des patients avec qui... qu'on avait du mal peut être à traiter ou qui avaient des grosses ordonnances, on a réussi, je pense, à diminuer la quantité de



*médicaments qu'il y a sur les ordonnances de nos patients, je pense, en grande partie, grâce à l'infirmière ASALEE. »*

Cet argument est utilisé par les médecins pour tenter de convaincre leurs patients d'adhérer au dispositif :

*« Voilà mon objectif, je leur dis aux patients, je leur dis "moi mon objectif c'est qu'on enlève tous ces médicaments qui servent à rien". [...] et là ils me regardent "j'ai pas besoin de médicaments ? Et je dis non, si vous perdez vingt kilos, vous n'aurez plus besoin de médicaments". Alors, je suis un peu franc, un peu cash [...] Par contre pour ça, il faut aller voir ASALEE, il faut revenir, il faut pas vous décourager. Et sur certains ça marche, franchement. Franchement ça marche. Je suis bluffé ».*

Un doute sur l'intérêt que pourrait trouver les patients à suivre ce programme lorsqu'ils ne prennent pas encore de traitement a été émis :

*« - Oui mais est-ce que tu penses qu'au jour d'aujourd'hui il accepterait que tu le voies, que tu donnes aucun traitement, et que tu l'envoies à ASALEE. On n'en est pas encore là.*

- Attends, c'est à dire ?*
- Vous faites l'éducation thérapeutique, vous perdez du poids et vous n'avez pas besoin de traitement.*
- Et ben y en a plein, on en a des patients comme ça.*
- Oui t'arrives à ...?*
- A ne plus donner de médicaments ? Ah ben oui. La plupart sont contents de ne plus prendre de médicaments.*
- C'est le but mais... »*

Le questionnement sur l'intérêt que pourraient trouver les patients à se priver d'éléments qui leur font plaisir a été abordé :

*« Il faut qu'ils y voient un intérêt, tu leur demandes de renoncer à ce qui est un plaisir auquel ils ont adhéré pendant des années. On leur parle de choses terribles qui vont les tuer, ils n'ont pas mal, ils vont être plus traumatisés par leur arthrose de hanche qui leur bouffe la vie, que par leurs coronaires qui sont quasiment au stade du stent. Tant qu'ils n'ont pas la trouille, tant qu'ils n'ont pas le voisin qui a fait une mort subite ou la tatie qui a un stent dans la cuisse, enfin, je pense qu'ils n'ont pas conscience en fait.*

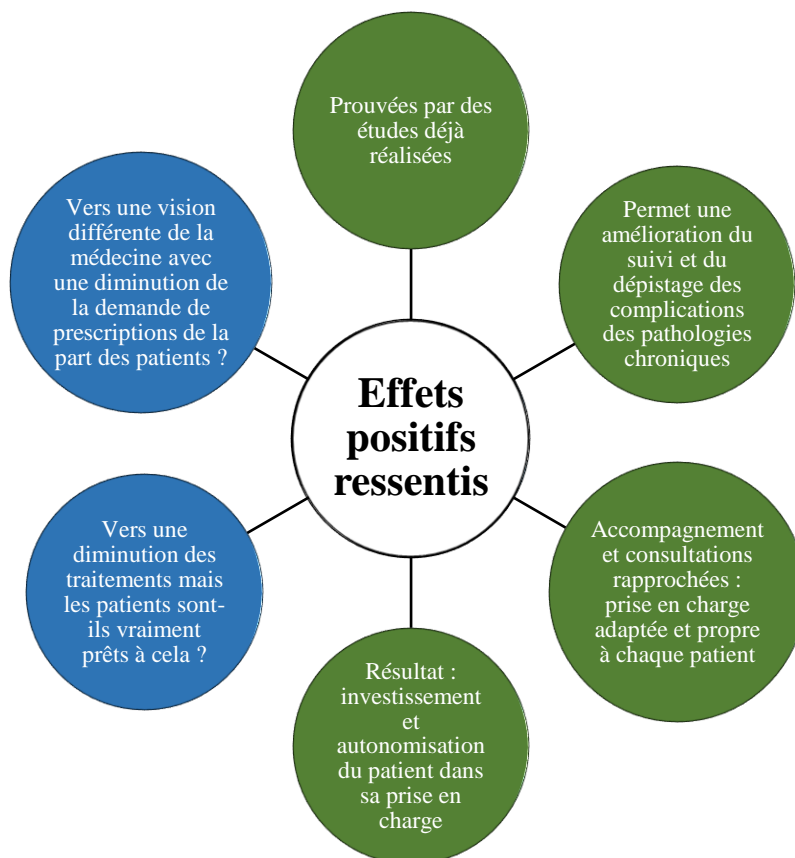


Figure 23 : Effets positifs ressentis sur ASALEE

## **7. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins**

### **7.1. ASALEE nécessaire dans le système de soins**

La **survie du système de santé** pourrait passer par ce genre de collaboration :

« *Oui pour moi c'est l'avenir, c'est la survie du système qui passe par ce genre de réseau.* »

Il semblerait pour certains qu'il pourrait être **difficile de revenir à leur pratique antérieure sans ASALEE** :

« *Le point négatif serait qu'on nous retire ASALEE. Ça, ça serait un drame. Parce qu'on fonctionne avec ça maintenant. Je saurai plus faire sans.* »

« *Moi j'appelle ça les phénomènes « cliqués » c'est-à-dire dès que tu passes un cran supplémentaire, après c'est compliqué de faire, enfin tu es mal à l'aise si tu fais marche arrière pour des raisons d'organisation ou autres. [...] je vois comment on exerçait la médecine générale quand je me suis installé [...] et quand je vois comment on travaille aujourd'hui ça n'a plus rien à voir. C'est impressionnant.* »

Certaines **craintes concernant l'avenir d'ASALEE** ont été évoquées. **Son financement étant inscrit dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale annuel, il semblerait exister une menace sur son indépendance et son autonomie :**

*« Malheureusement il faut parler aussi financier. Et que vu que ça marche [...] et qu'on voudrait que ASALEE se positionne sur tout et soit la solution à tous les problèmes des soins primaires en France. [...] et c'est vrai que vu que les tutelles te balancent du pognon tous les ans, t'es un peu tenu par la laisse et qu'on aurait tendance à dire amen à tout ce que l'on pourrait nous imposer. Et c'est là que le combat politique se joue. »*

## 7.2. Menace des acteurs privés

L'apport de l'ETP pourrait être **vu de manière négative par l'industrie pharmaceutique** en raison du possible effet de déprescription qu'elle peut générer :

*« Après y a le côté pharmaco quand tu vois les visiteurs médicaux, tu leur dis tu fais l'ETP au cabinet, ils se disent « punaise l'ETP euh... » Parce qu'avec l'ETP tu vas moins prescrire, voilà, il y a cette position aussi marketing. On n'aime pas trop ça hein dans le milieu. »*

Il pourrait exister **un risque de « privatisation » d'ASALEE en raison de l'intérêt que pourrait y porter les mutuelles et les laboratoires pharmaceutiques :**

*« C'est important parce que, toi tu parlais des mutuelles, et que beaucoup de mutuelles ou d'organismes privés dont l'industrie pharmaceutique qui se mettent de plus en plus dans les programmes d'ETP parce que c'est un peu l'avenir. Et je veux dire que tant qu'ASALEE se développera et sera remboursé par la Sécu et continuera à exister de cette façon-là, ça évitera aussi que l'éducation thérapeutique soit privatisée. Donc ça restera encore un service de l'Etat pour la population [...]. Parce que sinon le risque, que les budgets diminuent on sait jamais d'un gouvernement sur un autre ce que ça peut devenir, les budgets diminuent ou on diminue les infirmières d'éducation thérapeutique. Qui est-ce qui va prendre le relais ? Ça va ouvrir la porte vers le privé, vers les mutuelles d'assurances privées, et éventuellement l'industrie pharmaceutique, qui on le sait, ont déjà des programmes d'éducation thérapeutique et font de la publicité. [...] Et que tant que tant que l'ETP sera, tant que l'ETP et ASALEE sera financé par la Sécurité sociale, il n'y aura pas la place pour ces pseudo-programmes d'éducation thérapeutique qui en sont d'ailleurs peut être pas »*

## 7.3. Un besoin de coordination entre les programmes hospitaliers et ASALEE

Il semblerait exister un **manque de compréhension de la part de certains confrères hospitaliers qui verraient en ASALEE une sorte de concurrence :**

*« C'est les points négatifs, mais, des relations qu'il pouvait y avoir entre notre façon de faire avec l'infirmière ASALEE et les prises en charge hospitalières où parfois il y a pu y avoir, notamment avec des services de diabéto, des conflits ou parfois des clashes. [...] Et je pense que peut être que les diabéto hospitaliers ont du mal à comprendre comment fonctionne ASALEE ou ne veulent pas comprendre ou en tout cas du coup ils ont l'impression qu'on marche un peu sur leurs plates-bandes »*

**Une confusion serait aussi présente dans l'esprit des patients, certains pouvant confondre les diabétologues et les IDSP ASALEE :**

*« Ils sont persuadés que c'est la spécialiste du diabète. Mais j'ai déjà vu : "vous avez déjà vu un diabétologue ? oui oui, je l'ai vu la semaine dernière. Vous avez vu qui ? Ben j'ai vu l'infirmière.". Je dis "oui ASALEE ? Elle n'est pas diabétologue. Ah mais c'est pareil..." »*

**Ce manque de coordination pourrait constituer un frein à la prise en charge, avec des discours parfois différents au milieu desquels le patient aurait du mal à se situer :**

*« - Il y a un manque de compréhension et de coordination ?*

- De coordination et de collaboration entre les services hospitaliers et la diabéto hospitalière et ce qu'on fait nous on fait en médecine de premier recours. Et c'est arrivé qu'il y ait une incompréhension ou que la diabétologue du coup critique aussi la prise en charge qui a été faite en ambulatoire. Et ça ce n'est pas très bon pour les patients parce que les patients du coup au milieu, ils se sentent perdus. Ils disent : "Mais moi on m'a dit de pas faire ça. Moi je suis suivi par ASALEE..." »*

Pour une meilleure prise en charge et un meilleur suivi, la mise **en place d'un lien Hôpital-ASALEE** lors de la sortie d'hospitalisation des patients a été proposée, ceci afin de permettre de travailler en collaboration et non en concurrence :

*« - Je pense qu'il y a la nécessité en sortie d'hospitalisation ou retour à domicile, nécessité d'un lien avec l'infirmière.*

- Ce que tu veux dire, c'est que comme à l'instar du lien hôpital ville, y aurait aussi le lien hôpital ASALEE ?*
- Oui je pense que c'est essentiel [...] c'est essentiel de développer ça. »*

#### 7.4. Un besoin de coordination avec SOPHIA

Comme nous l'avons vu au paragraphe 3.2.3, un **chevauchement entre les prises en charge par SOPHIA et par ASALEE** a été constaté, ce qui leur paraît **redondant et source de confusion** :

*« J'avais conseillé à un patient de s'enlever de SOPHIA parce qu'il était suivi à ASALEE et je lui ai dit "ça fait redondance". J'ai peur qu'il y ait des informations contradictoires et il se sente perdu et que du coup, on le perde dans ASALEE, ce qui serait dommage. En se disant : "ben ouais c'est plus facile, je l'ai au téléphone c'est pareil". Ben non ce n'est pas pareil [...] je pense que c'est plus efficace d'être ASALEE. »*

Dans ce cas il y aurait un **financement de deux programmes éducatifs** en même temps, ce qui pourrait également être **préjudiciable financièrement pour l'assurance maladie** :

*« SOPHIA c'est du coaching ce n'est pas de l'éducation thérapeutique et c'est au final sur la base des patients volontaires et c'est les patients qui [...] se font coacher alors qu'ils en n'ont pas besoin [...]. Et on met des moyens économiques énormes parce qu'il ne faut pas oublier qu'ASALEE est financé par l'assurance maladie. Donc c'est la même poche financière et il vaut mieux mettre l'argent sur ASALEE que de mettre l'argent dans SOPHIA. »*

Un arrêt du protocole SOPHIA serait même souhaité :

« C'était l'époque de l'essor de SOPHIA et moi j'ai toujours dit à l'assurance maladie du premier jour où SOPHIA m'a été présentée, c'est que moi je voulais tuer SOPHIA et on va réussir à tuer SOPHIA avec ASALEE. Et ça c'est une excellente chose. C'est un gros point positif. »

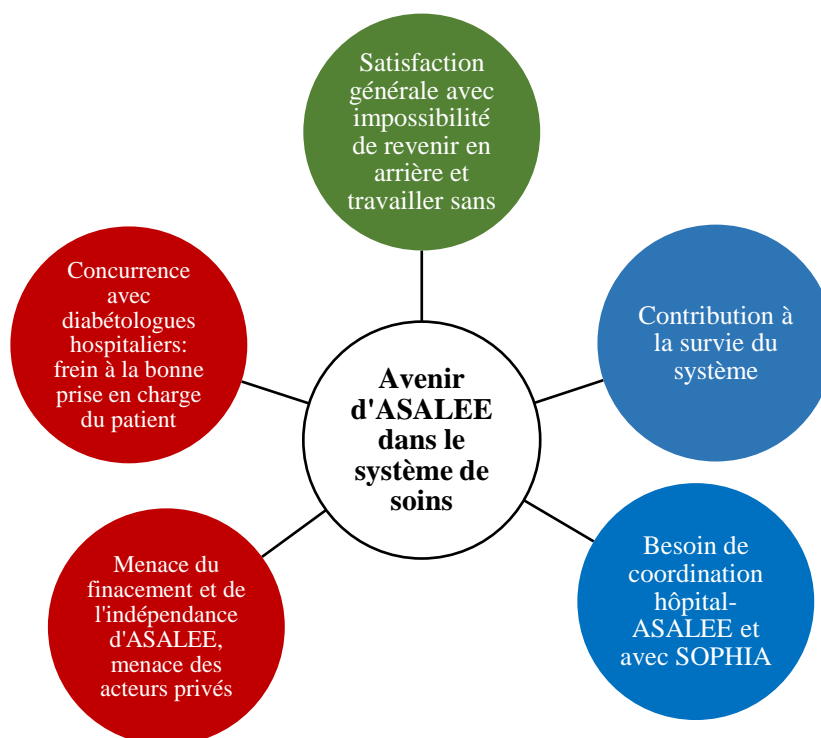


Figure 24 : L'avenir d'ASALEE dans le système de soins

### 7.5. Les Infirmières de Pratiques Avancées (IPA)

Les IPA sont des IDE qui complètent leur formation initiale par un master ayant pour but l'acquisition de connaissances théoriques, de compétences aux prises de décisions complexes, d'activités de prévention, de dépistage d'éducation, d'orientation, d'actes d'évaluation cliniques et d'actes techniques, de prescriptions d'examen complémentaires, de renouvellements ou d'adaptations de prescriptions médicales en coopération avec des médecins.

**Afin de pallier le manque de médecins**, une solution avancée par le système de soins français serait le **recours à ces IPA** :

« Le système de soins français avec les formations IPA c'est-à-dire de pratiques avancées qui se font-là qui à mon sens sont faites surtout pour combler les manques médicaux hospitaliers. Mais y a des infirmières qui la font pour travailler en libéral. »

La **différence entre une IPA et une infirmière ASALEE** peut être floue puisque l'infirmière ASALEE pratique déjà une forme de pratique avancée :

*« Et du coup en fait l'infirmière ASALEE c'est une IPA sans le diplôme mais en fait c'est ce mode de fonctionnement. Et moi je disais qu'en fait ASALEE, c'était des équipes de pratiques avancées. La seule différence c'est qu'elles ne peuvent pas prescrire de thérapeutique ou renouveler les thérapeutiques en tout cas ».*

Dans l'avenir, il pourrait exister un problème de « **chevauchement** » **entre les prérogatives de l'IPA et de l'IDSP ASALEE** :

*« Moi ce qui va me gêner ça va être l'entre deux, la période de l'entre deux où y a des infirmières qui auront eu le diplôme estampillé d'IPA avec la capacité de pouvoir prescrire. Donc la posture n'est pas la même vis-à-vis de celle qui sera ASALEE estampillée ETP et donc pas de prescription. Tu vois la posture n'est pas la même et ça c'est un truc qui moi va me déranger. »*

L'idée que les **IDSP ASALEE soient reconnues IPA** a été évoquée, moyennant une **formation complémentaire**. Ceci permettrait d'**éviter aux médecins de devoir faire toutes les démarches administratives s'ils veulent travailler avec une IPA** :

*« J'avais demandé « mais pourquoi ASALEE ne s'engouffre pas dans ce process ? » Parce que c'est la simplicité, t'as pas à gérer les IPA. Parce que les IPA aujourd'hui, un cabinet va être obligé de la salarier, de faire un contrat de travail, de gérer les congés. L'aide de la sécurité sociale ne sera pas pérenne, sera dégressive dans le temps. Donc au jour d'aujourd'hui, l'IPA ne sera pas un succès à mon avis. Et c'est là où ASALEE devrait prendre le relais, de cette offre d'aide à l'exercice. »*

Cependant il pourrait exister une **réticence de la part de certains médecins à déléguer autant**, à aller aussi loin dans la démarche, qui nécessiterait une pleine confiance :

*« Se pose la question quand même de ces collègues infirmières IPA, validées IPA qui veulent exercer en tant qu'IPA au sein du binôme, ce qui peut chambouler les choses. [...] est-ce que les médecins avec qui elles coopèrent depuis 4-5 ans vont accepter d'aller plus loin dans la thérapeutique, dans le diagnostic ? »*

*« Ce qui commence à coincer c'est que les filles se sont dit on est IPA [...] donc on va prescrire [...], et elles se retrouvent avec des médecins qui étaient pas du tout dans le truc. Ils se sont dit « ouais tu vas faire ta formation IPA tout va bien », mais ils se retrouvent avec des minettes qui veulent maintenant faire de la clinique. Et une IPA en libérale ne pourra exercer que si elle est sous la responsabilité, tutorée par un médecin. Le médecin in fine aura toujours la responsabilité de l'activité de l'infirmière IPA en libérale. Donc c'est là que ça coince quoi. »*

Enfin, la **rémunération des IPA ne semblerait pas être attractive et à la hauteur de leur responsabilité**. Ainsi les IDE accepteraient-elles de faire cette nouvelle formation, avoir plus de responsabilités, pour finalement ne pas être rémunérées en conséquence ?

*« Après, elles commencent à tordre le nez parce que leurs grilles salariales viennent de sortir. Elles vont gagner 50 € de plus que la grille d'une infirmière normale. Mais c'est sorti ce matin*

*c'est pour ça que je le sors. Et donc elles commencent à tordre le nez, après 2 ans de formation elles vont se retrouver avec que 50€ de plus. »*

*« Et donc tu vas te retrouver avec des IPA qui vont consulter à l'hôpital et qui ne sont pas payées comme un médecin bien sûr, ce qui fait tout l'intérêt... »*

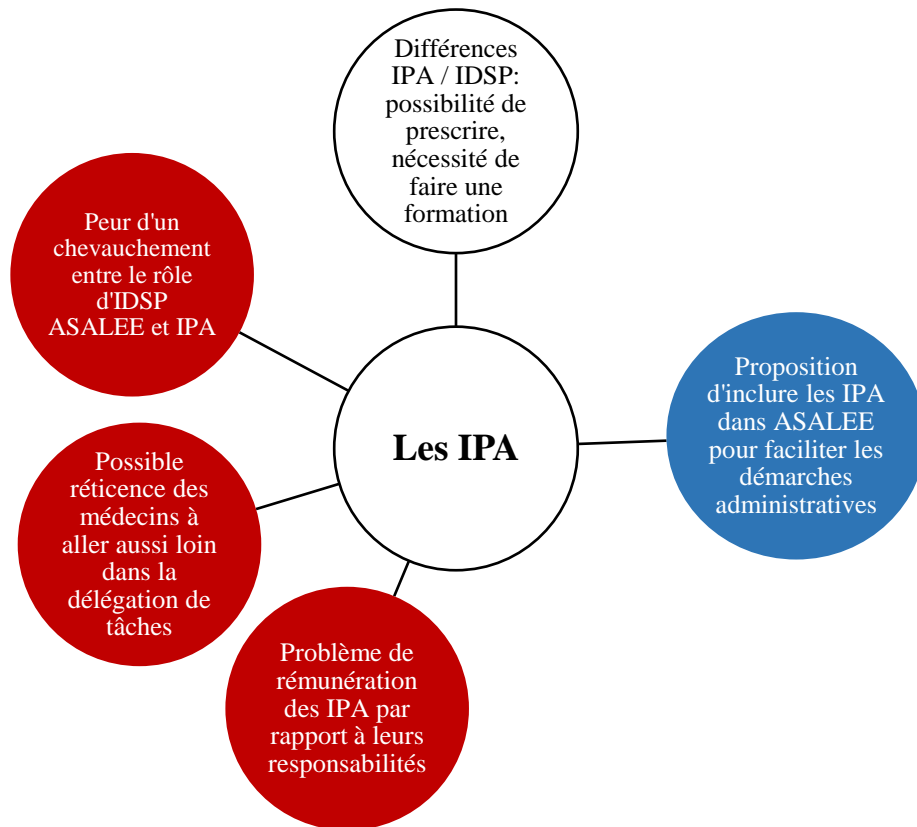


Figure 25 : Les IPA

## **VI. RÉSULTATS DES FOCUS GROUP PATIENTS**

---

### **1. Caractéristiques de l'échantillon**

Pour le 1<sup>er</sup> focus group ayant eu lieu à Dax, nous avons choisi de recruter des patients vivant aux alentours, suivis par des IDSP ASALEE à Dax, Soustons et Labenne/Saubrigues. 12 patients ont été recrutés (soit 4 patients par IDSP) : 6 hommes et 6 femmes, 6 patients âgés de moins de 50 ans et 6 âgés de plus de 50 ans, 4 suivis pour sevrage tabac / dépistage BPCO, 8 pour diabète/ RCVA. Il n'y avait pas de patient suivi pour troubles cognitifs. Le degré d'implication a été plus difficile à juger, nous n'avons pas utilisé ce critère d'inclusion pour ce focus group.

Sur ces 12 patients, 10 ont refusé de participer pour différentes raisons (éloignement du lieu de réunion, vacances, travail, pas de réponse, manque d'intérêt...). 1 a initialement accepté avant d'annuler le jour de la réunion. 1 a accepté et a participé.

Les 3 infirmières contactées ont finalement choisi elle-même les 5 autres patients ayant participé à ce focus group pour un total final de 6 patients.

Le 2<sup>ème</sup> focus group a eu lieu à la maison de santé de Samadet. Nous avons choisi des patients suivis à Geaune, Samadet, Saint Sever, Hagetmau et Mont de Marsan. Nous en avons présélectionnés 13, dont 7 femmes et 6 hommes. 3 patients étaient suivis pour aide au sevrage tabagique, 1 pour des troubles cognitifs, 8 pour diabète et facteurs de risque cardio-vasculaires. Le dernier a été choisi par une des IDSP correspondante et nous n'avions pas pu connaître ses caractéristiques avant la réunion. 2 patients étaient âgés de moins de 50 ans, 11 âgés de plus de 50 ans. 3 patients étaient peu adhérents au dispositif ASALEE.

Sur ces 13 patients, nous n'avons pas réussi à en contacter 3 d'entre eux car l'IDSP qui les suivait avait dans l'intervalle arrêté d'exercer et le médecin traitant ne nous répondait pas. 1 travaillait le jour de la réunion, 1 autre était en formation. 1 a refusé pour cause d'éloignement. 1 ne nous a jamais répondu. 3 avaient accepté puis ont annulé le jour-même pour cause d'intempéries. 1 patient non présélectionné s'est rajouté au dernier moment, choisi par son IDSP. Ils étaient finalement 4 présents le jour du focus group.

Du fait de la distance séparant le lieu de la réunion et le lieu d'habitation des patients, nous n'avons pas inclus les patients de Labrit, Gabarret, Biscarosse et nord des Landes (Labouheyre, Pissos, Ychoux).

Pour toutes ces raisons, la réalisation de l'échantillonnage raisonné a été difficile à mettre en œuvre. Les groupes se sont fait selon la disponibilité et la volonté des patients à participer.

On peut considérer le seuil de saturation des données comme non atteint en raison de des difficultés à organiser ces focus group. Il nous a été logistiquement impossible d'en organiser d'autres.

Le premier focus group a eu lieu à Dax le 19/11/2019 dans une salle communale. Il a duré 1h06. 6 patients étaient présents. Le deuxième focus group a eu lieu dans la maison de santé de Samadet (lieu d'exercice du modérateur) le 12/12/2019. Il a duré 53 minutes, et 4 patients étaient présents.



Tableau 5 Caractéristiques du focus group 1 des patients

Sexe	Âge	Lieu de suivi	Pathologie	Implication	Profession/ niveau d'étude	Stade motivationnel
F	56	Soustons	Surpoids	Suivi stoppé actuellement (raison personnelle)	Educatrice spécialisée (handicap), sans emploi actuellement	Action
M	70	Dax	Surpoids/ RCVA	Suivi depuis 2 mois lors de la réunion	Retraité agent SNCF	Contemplation
F	60	Dax	Surpoids	Suivi d'aout 2018 à avril 2019, n'est plus suivie actuellement	Assistante maternelle retraitée	Action
F	59	Saubrigues	Surpoids/ RCVA	Suivie depuis juillet 2019	Sans emploi	Action
M	27	Dax	Sevrage tabac	Toutes les semaines depuis 1 mois	Sans emploi	Action
M	65	Soustons	Diab/RCV A	Suivi toutes les 3 semaines depuis mars 2019	Retraité éducateur sportif	Contemplation

Tableau 6 Caractéristiques du focus group 2 des patients

Sexe	Âge	Lieu de suivi	Pathologie	Implication	Profession/niveau d'étude	Stade motivationnel
M	72	Samadet	RCVA	1 consultation mais n'est pas revenu	Retraité chauffeur routier	Pré-contemplation
M	63	Samadet	Diabète type 2	Suivi régulier	Guide touristique	Action
M	70	Samadet	Diabète type 2	Suivi régulier	Retraité	Action
F	61	Samadet	Surpoids	1 consultation mais n'est pas revenue	Aide-soignante retraitée	Pré-contemplation

## **2. Découverte d'ASALEE et manque d'informations**

### **2.1. Découverte d'ASALEE**

Certains patients ont découvert ASALEE par le **biais de leur médecin traitant** qui les a adressés en consultation à l'IDSP :

*« Depuis que je consulte mon médecin généraliste, il ne manque pas de me rabâcher à chaque fois que je devrais perdre du poids, faire de l'exercice et voilà. Et il m'a proposé il y a 2-3 mois de voir ASALEE. »*

*« C'est mon médecin traitant qui m'a adressé à l'infirmière suite à une grosse prise de poids, voilà. »*

*« Il me dit « elle est là, elle est sur place, est ce que vous voulez la voir là tout de suite ? » »*

*« En parlant à mon médecin elle m'a dit « ça tombe bien, on a depuis peu [...] une infirmière ASALEE qui s'occupe de tout ça. »*

*« Et puis le médecin traitant m'a proposé de voir l'infirmière ASALEE ».*

*« Et voilà donc j'étais en relation avec ASALEE via mon médecin, ici présent, et la rencontre avec l'infirmière qui incarne ASALEE ici a été très très bénéfique je pense... »*

*« Ça m'a été détecté, on m'a dirigée vers l'infirmière, pas une de vous deux, je ne sais plus laquelle (en prenant à partie une des observatrices présentes). »*

*« Alors on m'a dirigé vers N. »*

Le médecin traitant d'un des patients aurait bien présenté ASALEE :

*« Moi mon médecin il me l'a bien vendu très concis, très clair. »*

D'autres ont lu une **affiche dans la salle d'attente** et en ont parlé à leur médecin :

*« Moi j'ai connu ce réseau parce qu'une affiche était dans le cabinet médical du médecin chez qui je vais. »*

*« Mais je n'avais pas vu l'autre affiche à côté et comme je suis restée un peu de temps dans cette salle d'attente, j'ai lu et j'ai vu que donc ce réseau intervenait dans plusieurs domaines et je vois problème de surpoids et c'est ce qui m'a donné envie donc quand je suis arrivée en consultation j'en ai parlé de suite à mon médecin. »*

C'est parfois **la curiosité concernant le mot ASALEE** qui leur aurait donné envie d'aller voir plus loin :

*« c'est le mot ASALEE qui m'a plu au départ donc j'ai été intrigué et après quand j'ai essayé de décoder j'ai vu écrit éducation thérapeutique. Ça m'a intrigué »*

*« Alors comme [autre participant], le nom m'a plu »*

## 2.2. Manque d'informations

**Le manque d'informations concernant ASALEE** a été mis en avant :

*« Pardon, juste pour la communication, enfin moi j'ai vu le poster mais je ne me suis pas attardé dessus. Et mon médecin me l'a proposé. Après à part dans le cabinet, je n'ai pas vu paraître ou je sais que la sécu ils envoient des fois des petits messages subliminaux « faites ci faites ça »  
« C'est vrai qu'il n'y pas trop d'info »*

D'autres ont cherché des informations concernant ASALEE sur internet et n'ont pas trouvé de site ni d'informations :

*« Moi je ne suis pas allé voir par curiosité ce qu'était ASALEE. Si, au tout début j'ai quand même été voir ASALEE-google si y avait des mauvais avis et je n'en ai pas trouvé »*

Il a été relevé que dans un même cabinet, certains patients n'auraient pas entendu parler d'ASALEE alors qu'ils souffrent de pathologies chroniques ciblées par ASALEE :

*« Et l'autre jour quand j'attendais le rendez-vous j'étais avec un ancien collègue à moi et lui, il a lu le mot ASALEE et ça l'a fait rire et c'est moi qui lui ai expliqué ce que c'était et pourtant son médecin est aussi dans le même cabinet. »*

*« Moi ce que je dis et je le répète c'est qu'il y en a trois qui sont, qui viennent à votre cabinet, ils n'ont jamais entendu parler d'ASALEE. »*

**Un manque d'informations concernant les différentes activités d'ASALEE** a été évoqué :

*« Peut-être le fait aussi que pour moi, ça a été à peu près que le tabac et jusqu'à aujourd'hui je ne savais pas que c'était tout un panel de services, donc peut être vendre un peu plus le truc parce que le bouche à oreilles c'est encore ce qui ramène le plus de patients. »*

Ainsi que des **difficultés dans la présentation initiale d'ASALEE réalisée par le médecin** qui les adresse, et sur l'importance de l'information initiale donnée par le médecin :

*« Parce que ce n'est pas évident d'une part et ensuite parce que le fait que c'est relativement nouveau dans vos pratiques à vous et c'est vrai qu'au départ vous nous indiquez ASALEE, on y va on n'y va pas, si on y va on y va avec une ouverture d'esprit... c'est l'information que vous donnez au départ. »*

Il semblerait que certains n'ont pas eu assez d'informations initialement, avant d'être envoyés à l'IDSP :

*« J'ai lu des documents, si j'avais voulu me débrouiller... le choix, la sélection des infos comme tout le monde mais on ne sait pas forcément ce que c'est qu'ASALEE. Peut-être que ce n'est pas suffisamment précisé. Peut-être aussi que, parce qu'en fait vous faites le lien, dire au patient bon je vous oriente vers ASALEE parce que vous allez avoir un support etc.. »*

Ce manque d'information initiale pourrait freiner l'adhésion et la motivation des patients à intégrer le dispositif ASALEE :

*« Oui manque d'information de ce que c'était ASALEE [...] c'est pour ça que je n'ai peut-être pas accroché, je ne sais pas... »*

**Il semble y avoir un besoin d'informations avant d'être en contact direct avec l'IDSP :**

*« on a besoin d'être informés »*

*« Expliquer comment ça marche dès le début, pourquoi on y va, enfin je ne sais pas, qu'est-ce qu'on peut y trouver... »*

### 2.3. Un site internet pour le grand public ?

Pour pallier ce manque d'informations, l'idée qu'**un site internet puisse être créé pour répondre aux questionnements initiaux** des patients a été évoqué :

*« peut-être à créer »*

*« ça ferait un côté un peu plus rassurant »*

*« mais oui mais oui parce que les gens aujourd'hui c'est vrai que l'outil informatique aujourd'hui tout le monde va sur internet chercher les infos dont ils ont besoin. »*

Et qu'ASALEE puisse **apparaître sur un onglet du site de la sécurité sociale** puisque cela fait partie de la prévention et de la santé publique :

*« - donc un portail peut-être pour les patients ?*

- oui pour tout le monde*
- peut-être via la sécu pour commencer. »*

### 2.4. Informations et communication par la sécurité sociale ou par les médias ?

**La sécurité sociale aurait un rôle important à jouer dans la communication sur ASALEE**, comme elle le fait déjà pour d'autres programmes de santé publique comme la vaccination contre la grippe en hiver etc... :

*« - non mais la sécu aussi, je pense que la sécu elle a un rôle à jouer aussi*

- clairement, enfin moi ils me bombardent d'infos*
- une info, comme pendant la période d'hiver où on nous envoie des infos pour le vaccin contre la grippe, voilà ils pourrait en dire maintenant un dispositif est mis en place auprès de vos médecins, même s'ils ne veulent pas détailler mais voilà juste parlez-en votre médecin. »*

*« Et donc d'en faire la publicité ça ne peut être que bénéfique pour les comptes de la sécu je suppose. Même s'ils payent les infirmières, ils s'y retrouveront derrière. »*

L'idée de rajouter des **informations sur ASALEE sur le site de la sécurité sociale ou dans les médias** ressort également :

« Sur la sécu, ou Ameli ou je ne sais pas quoi, ils pourraient faire au moins une pancarte ou quelque chose comme ça. »

« Après c'est vrai que peut être plus d'informations. Ne serait-ce qu'un article sur le journal, ASALEE ce que vous avez besoin, enfin je ne sais pas expliquer exactement. Ça peut peut-être intéresser des gens, je viendrai peut-être un jour qui sait »

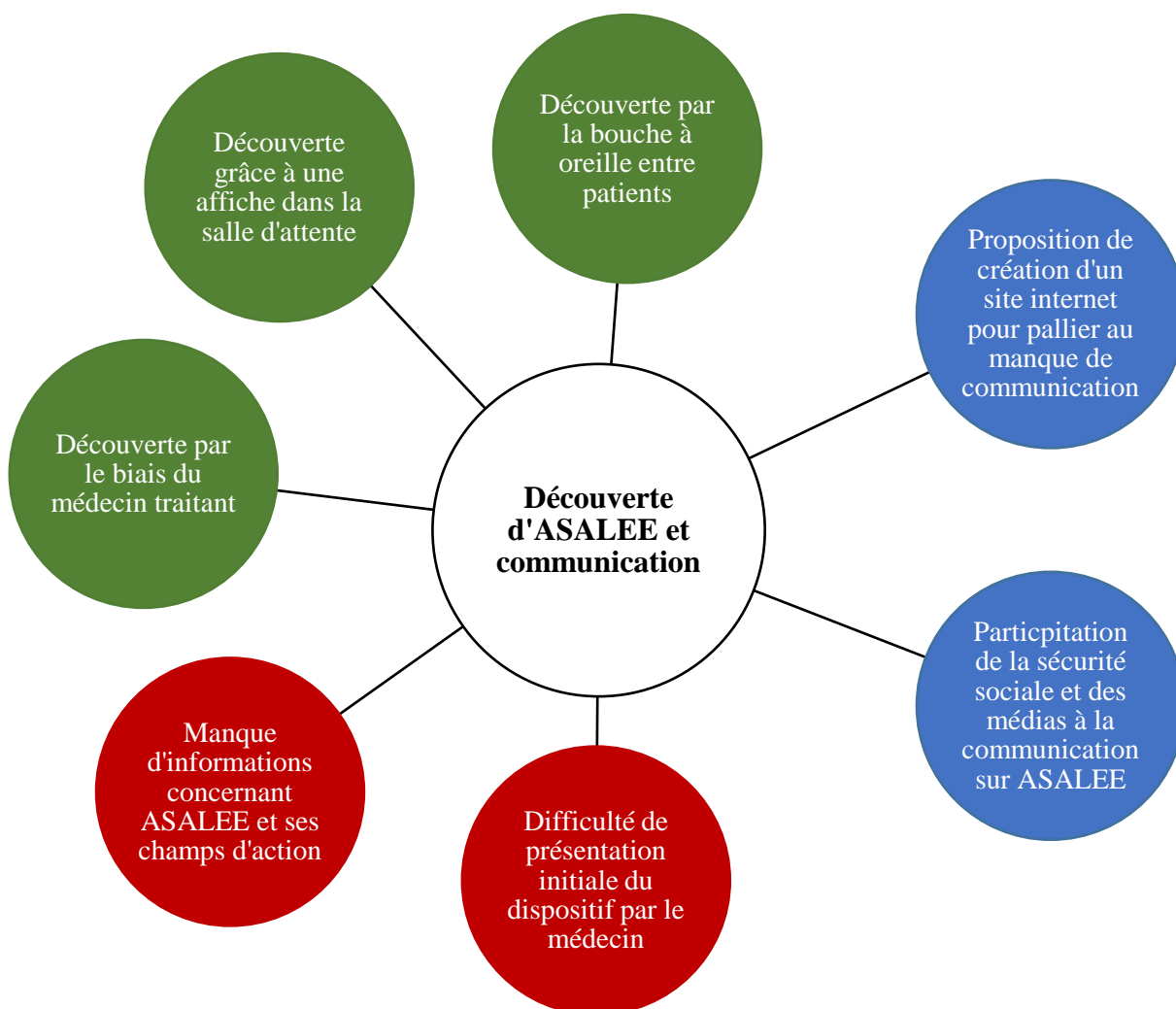


Figure 26 : Découverte d'ASALEE et communication

### **3. Apporter l'ETP au plus près des patients**

#### **3.1. L'IDSP exerce le plus souvent dans la maison de santé ou le cabinet du médecin traitant : la proximité rassurante d'un lieu connu**

Le fait que **l'IDSP soit intégrée dans la maison de santé ou cabinet** dans lequel elle exerce et où ils ont l'habitude de se rendre semble rassurant :

*« Moi le 1<sup>er</sup> rendez-vous que j'avais pris, j'avais laissé un message et au bout de 2 jours je n'avais pas de réponse donc je me suis permis de rappeler le standard et ils ont transmis le message et elle m'a rappelé aussi sec donc c'est un atout donc au pire si elle a un problème technique on va dire et bien y a un appui derrière. »*

*« En soi, c'est aussi intégrer une maison de santé, ça aussi on y reviendra tout à l'heure, parce que l'aspect collectif de l'accueil du patient pour moi est aussi très très appréciable. »*

Ainsi ils décrivent des **lieux adaptés et à proximité de leur domicile**, souvent dans le cabinet médical où ils ont l'habitude d'aller, ce qui est un point positif. Ils se sentent en confiance de ces lieux :

*« Le lieu d'accueil je pense qu'il joue énormément aussi. Enfin moi l'hôpital perso ça me fait plus reculer qu'avancer. »*

*« C'est vrai que la proximité du cabinet... voilà c'est juste à côté. »*

#### **3.2. Parfois il existe des problèmes de locaux**

L'existence de **locaux changeants** semble interférer avec le bon déroulement des consultations avec l'IDSP :

*« Enfin moi j'ai été reçu que 2 fois, j'ai mon 3<sup>ème</sup> rendez-vous là demain ou après-demain je ne sais plus. J'ai été reçu dans 2 locaux différents et c'est vrai qu'elle a dû reprendre ses marques, c'était un peu précipité, il fallait qu'elle se mette dans un bureau dans lequel elle n'était pas très à l'aise on va dire. »*

**Cette difficulté d'avoir des locaux fixes serait plus importante en milieu rural :**

*« C'est vrai qu'en campagne c'est moins facile d'avoir un bureau pour une infirmière, s'il n'y a pas de cabinet médical, avec un médecin sur 3 villages. »*

Une incompréhension a été manifestée concernant la **difficulté d'avoir des locaux adaptés** sachant que la plupart des médecins ont souvent un jour de repos dans la semaine :

*« Enfin il n'y a pas beaucoup de médecins qui occupent leurs locaux 24h/24 du lundi au samedi. »*

Les médecins auraient des demi-journées de repos ou de visite dans la semaine pendant lesquelles l'IDSP pourrait utiliser son bureau :

« Non mais travailler c'est autre chose mais qui occupent leurs locaux parce que y a des demi-journées où ils sont en consultations extérieures, en visite et tout ça. C'est ce qu'il se passe pour nous, le mercredi après-midi elle est en visite. »

« Moi aussi elle intervient sur les jours d'absence de mon médecin. »

Il a été proposé une **installation dans des lieux plus neutres** pour aider à l'adhésion des patients :

« - Peut-être même en dehors du cabinet médical je dirais [...] »

### 3.3. Un besoin de matériel et de supports

Durant les consultations, certains patients ont évoqué le **besoin de supports** pour avancer dans leur démarche et mieux comprendre leur pathologie. Cela dépend des IDSP, parfois certains disent en manquer :

« Moi j'ai un point négatif avant que je ne l'oublie. C'est peut-être le support. J'ai dit que c'était un avantage un bureau simple, une table, une chaise enfin deux chaises mais j'avais un outil moi pour le tabac pour mesurer le taux de CO2 mais j'aurais peut-être préféré plus de supports écrits ou graphiques ou un ordinateur pour expliquer ou induire ou diriger. »

Contrairement à d'autres qui ne ressentent pas ce manque :

« Et moi par rapport au régime, elle a un classeur avec des documents, elle a l'ordi si elle a besoin de vérifier un truc, y a tout. Elle m'a donné des documents. »

### 3.4. L'accès au dossier médical, un élément important

**L'accès au dossier médical** dans tous les cabinets semble être appréciable et aider à la **continuité des soins et à la connaissance des besoins** du patient :

« Elle a accès au dossier médical, elle a accès à toutes les données qui permettent d'avoir le suivi. »

« Ce qui me plaît aussi dans ce genre de structure, c'est que le dossier est commun, le dossier médical est commun donc ce qui est rapporté à l'infirmière ASALEE va éventuellement ... du moins elle juge les points importants à transmettre au médecin, va lui être transmis. »

### 3.5. Une prise en charge financière totale, levier pour la motivation

**La prise en charge financière d'ASALEE semble être un point important :**

« Moi pour ma part elle ne m'a pas demandé ma carte vitale ni quoi que ce soit, euh on ne parle pas d'argent. C'est un point ultra important j'ai envie de dire, ça peut être un frein. »

« mais oui tout à fait, mais moi aussi c'est un des points positifs. »

« J'ai été très surprise, je pensais que j'aurais au moins dû payer, au moins une consultation. Quand j'ai appris que c'était entièrement financé et que je n'avais rien à déboursier, ça a été aussi un des points qui m'a permis, enfin qui a fini de me convaincre. Parce que c'est un aspect important aujourd'hui. »

« le système de gratuité enfin comme c'est mis en place je trouve que c'est très rassurant. »

### 3.6. Des médecins peu sensibilisés à l'approche éducative d'ASALEE : un manque de formation ?

Certains s'interrogent sur le fait que les **médecins ne soient pas plus sensibilisés à l'approche éducative ASALEE** :

« Mais j'ai compris que les médecins n'étaient pas tous favorables à ce genre de dispositif, en tout cas engagés dans ce genre de dispositif. Ils ne sont pas si nombreux que ça à être engagés. C'est uniquement leur volonté de le faire ou ne pas le faire. »

D'après les patients, cela devrait faire partie de leur travail de s'intéresser à la santé publique, au dépistage et à la prévention :

« On parle de santé publique donc s'il est avéré que c'est un dispositif favorable à la santé notamment à la détection et à la prévention, ils ne peuvent pas ne pas être intéressés ou alors ils ne font pas leur job. Y a un truc que je ne comprends pas. Alors je veux bien croire qu'ils sont des libéraux alors ils font comme ils veulent et exactement ce qu'ils veulent. Ils en sont très fiers et tant mieux pour eux. Mais en même temps c'est de la santé publique donc s'ils participent à la santé publique, ils participent aussi aux dispositifs qui améliorent les choses. »

**Certains médecins seraient plus réticents à adhérer à ASALEE** alors qu'il y a un enjeu de santé publique :

« Je vais peut-être choquer les gens mais moi je pense que les médecins sont payés par notre Sécu, par nous, par les patients, c'est comme ça qu'ils gagnent leur vie je suis désolé. »

« Donc ils ne sont pas entièrement libéraux, ils sont libéraux certes dans leur pratique mais en même temps ils sont tenus par un organisme public qui s'appelle la Sécu qui les fait vivre grâce à nos cotisations. Donc quelque part là il y a un enjeu public où il ne peut pas y avoir de réponses comme « moi ça ne m'intéresse pas, je ne le fais pas ». »

**Le manque d'adhésion des médecins** a été mis en avant :

« J'ai du mal moi aussi à comprendre, j'ai du mal à comprendre moi ces freins. »

**Le rôle de la sécurité sociale** a été abordé :

« On en revient peut-être à la Sécu, voilà le rôle de la Sécu aussi qui a peut-être, par rapport aux médecins, un rôle à jouer. Enfin je ne sais pas, c'est des pistes comme ça on discute, mais moi ça me choque en tout cas effectivement comme vous qu'il y ait encore des médecins qui disent ça ne m'intéresse pas. »

**Le système semble reposer sur la volonté des médecins de s'impliquer.**



« Pour l'avenir d'un système moi je pense que c'est beaucoup lié à l'envie que les praticiens, les médecins ont de fonctionner avec ASALEE plus ou moins, au départ c'est ça. »

Certains pensent que l'avenir de ce protocole ASALEE est lié à la motivation et à l'implication des médecins qui y adhèrent, et explique que c'est une **démarche nouvelle** :

« L'interface se fait via les médecins, donc ASALEE se développera si les médecins trouvent dans cet intérêt pour le patient, ne vous posez pas la question. Ça me paraît une démarche relativement nouvelle quand même. »

D'autres se posent la question de la **formation des jeunes médecins** pour ensuite améliorer l'adhésion des médecins à ASALEE :

« Donc je ne comprends pas bien. C'est dans la formation des médecins où ce n'est pas du tout pris en compte ? Ce qui ferait que les médecins n'adhèrent pas plus à ce dispositif ? »

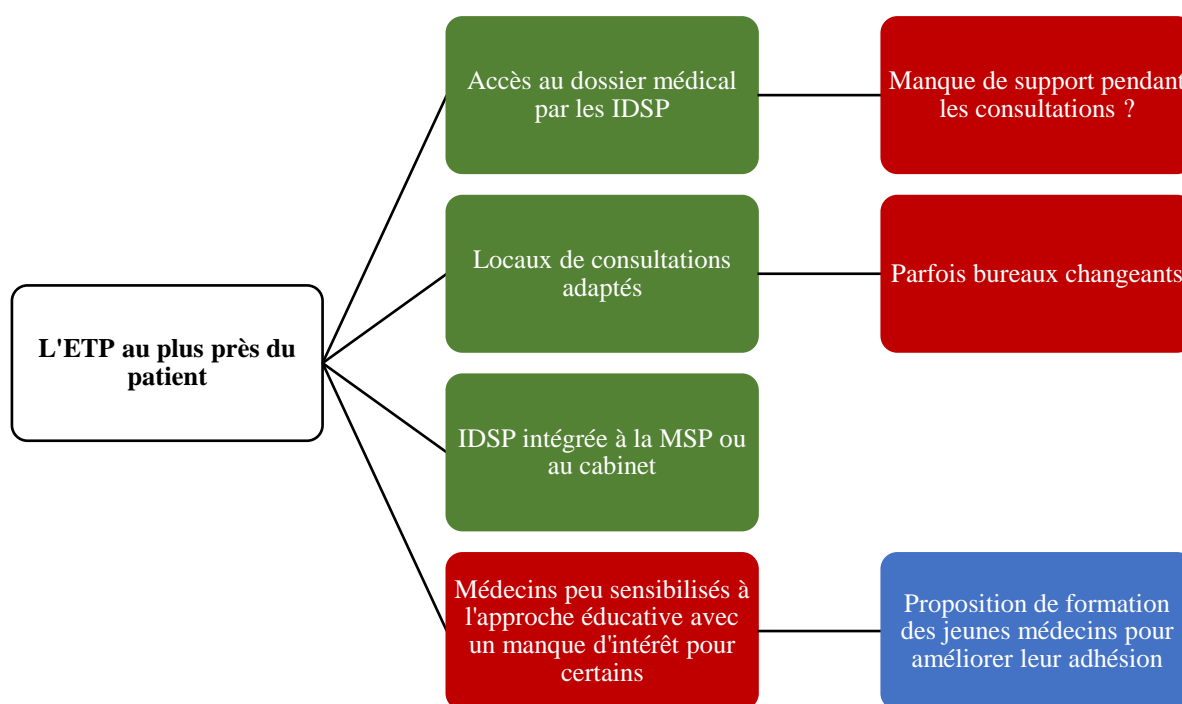


Figure 27 : L'ETP au plus près du patient

## 4. Fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient

### 4.1. Coopération IDSP-médecins

Un travail d'équipe entre le médecin et l'infirmière favorisé par le partage du dossier médical a été cité :

« - Ils ont une bonne coopération avec le médecin quand même hein. Parce que moi elle a accès à mon dossier médical et hier quand je suis allée la voir parce que ça se trouvait comme ça elle m'a dit ce que j'avais dit au médecin. [...] »

- une concertation quoi entre médecin et infirmières
- tout à fait
- ça c'est bien. »

D'autres font bien la part des choses entre le travail du médecin et celui de l'infirmière :

« Donc moi je fais la part des choses, quand je vais voir mon médecin c'est pour une prescription, et encore si elle pouvait éviter de me donner des médicaments je serais encore plus contente... Et quand je vais voir l'infirmière c'est pour perdre du poids donc c'est vraiment pour moi là je fais la part des choses. Ce n'est pas du tout les mêmes temps pour moi. »

« ce n'est pas les mêmes temps mais en tout cas en ce qui me concerne, les problèmes de surpoids entraînaient d'autres problèmes : le dos, les pieds. Enfin voilà tout était lié finalement. Donc pour moi le fait qu'ils travaillent ensemble, qu'ils s'informent, c'est bien. »

Les médecins seraient **demandeurs de travailler en équipe**, en collaboration avec l'IDSP :

« Première chose, premier point positif quand même, et visiblement qui satisfait également les médecins, puisqu'il y a une envie de travailler aussi de votre côté avec eux quoi... Il y a un triptyque qui devient sympa quand même et il n'existait pas avant. »

#### 4.2. La relation patient / IDSP

Les IDSP auraient une **approche différente de celle des médecins** :

« [...] envie d'aller au fond des choses et de prendre plus de temps [...] moins formel que le médecin qui prescrit et qui dit « c'est comme ça, c'est comme ça, c'est comme ça ». Il y a un côté plus psychologue j'ai envie de dire. »

D'autres verbalisent le fait de **se sentir plus libres de parler avec l'IDSP, sans ressentir l'approche parfois descendante du médecin** :

« Non, c'est la discussion libre quoi, et voilà c'est tout. Effectivement il y a aucune obligation, il n'y a pas le point de vue savant du médecin. »

**La qualité des relations avec les IDSP, avec une attitude bienveillante et une mise en confiance** a été évoquée :

« Donc voilà, je suis pleinement satisfaite de mon infirmière attitrée ! (rires). »

« C'est vrai que c'est très pratique, l'accueil, puis bon, elle est aussi d'une gentillesse qui fait que... »

« Donc voilà moi la première approche, le premier ressenti avec ASALEE via l'infirmière qui l'incarne, je répète parce que je pense que c'est aussi fondamental, c'est hyper positif. »

« bon lui (le médecin) il n'a pas le temps... mais on est pratiquement d'égal à égal avec l'infirmière. On se dit ce qu'on veut »

L'infirmière est parfois comparée au médecin de famille, comme il le connaissait il y a plusieurs années :

« Tout ça elle le sait elle le connaît, comme le médecin de famille connaissait... »

**La qualité d'écoute des IDSP** semble très appréciable :

« l'écoute attentive »

« de l'écoute »

« Elle vous conseille, elle est plus conseillère, et moi je sens que j'ai besoin. »

Ainsi que les **qualités de soutien psychologique** :

« Et puis elle m'a beaucoup, disons, soutenu psychologiquement, et je pense que je suis totalement satisfait. Totalement. »

« - Psychologiquement c'est le mot que vous avez lâché et je crois qu'on peut l'employer.

- exactement ! »

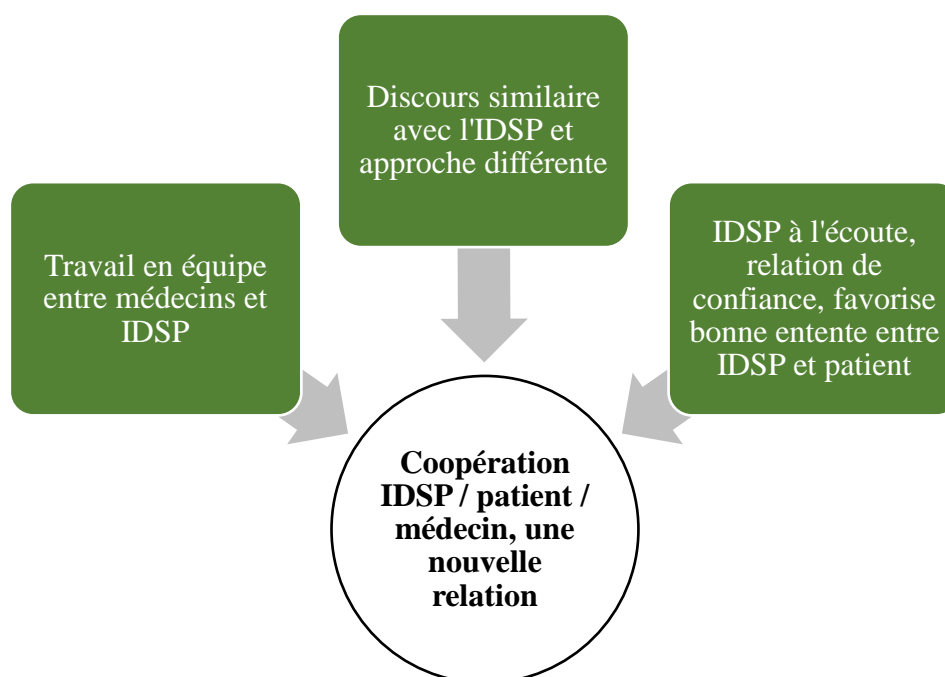


Figure 28 : Coopération IDSP / patient / médecin, une nouvelle relation

## **5. Un changement des pratiques**

### **5.1. Des changements dans la pratique médicale**

#### **5.1.1. Avantages de la « délégation coopérative »**

Un point positif mis en avant est **la délégation des tâches** qui permettrait un **gain de temps pour les médecins** :

*« - Et je l'ai pris plus comme une décharge honnêtement. C'est un domaine de compétences qui s'est développé en parallèle donc elle ça lui libère du temps pour des pathologies récurrentes ou je ne sais comment pas les juger mais ça fait un professionnel de plus au sein du cabinet.*

- *ils ne font pas exactement la même chose c'est ça ?*
- *voilà, ils s'accompagnent [...] ils se télescopent pas. »*
- *(s'adressant à M) « je trouve que ça dégage aussi du temps pour vous, pour votre pratique, tout ça je trouve ça assez sympa »*

Initialement plutôt gênés par cette délégation des tâches, ils ont ensuite réalisé l'intérêt de cette coopération pour leur médecin :

*« Ce qui fait que la gêne a d'emblée quand même sauté en même temps, c'est que (c'est) le médecin qui m'envoyait vers l'infirmière ASALEE. Donc je me dis, s'il y a cette démarche, elle est commune, et que le médecin lui-même trouve un intérêt. »*

#### **5.1.2. Difficulté de changement de pratiques des médecins**

Une **hétérogénéité dans l'implication des médecins adhérents à ASALEE a été constatée** : certains auraient des **difficultés à changer leurs habitudes**, voire à **adopter un certain automatisme** :

*« Ce n'est pas encore un réflexe pour tout le monde »*

*« Après les rares fois où j'y vais, j'y vais 2 fois par an c'est surtout pour un renouvellement d'ordonnance et pour des petits trucs quoi, donc du coup, elle n'aurait peut-être pas eu le réflexe de me le proposer, parce que je ne parle pas de mon surpoids à chaque fois quoi. »*

*« Est-ce que c'est parce que c'est un dispositif nouveau, ou est-ce que c'est parce que c'est leur rythme de croisière depuis longtemps ? »*

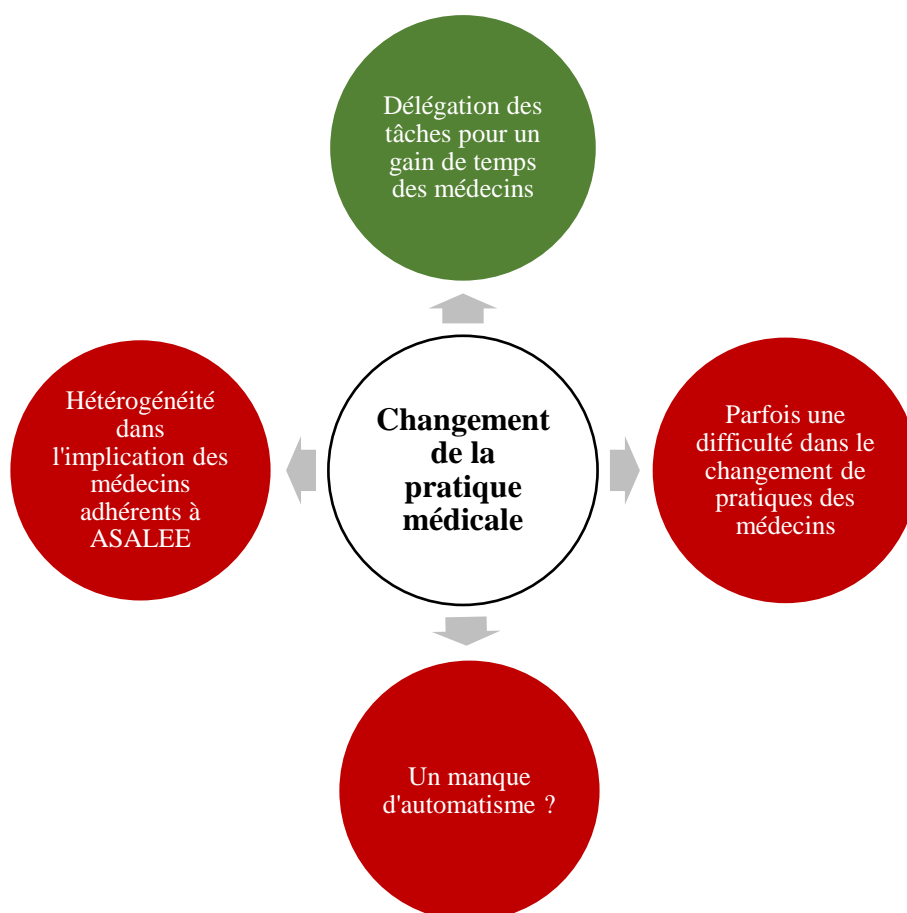


Figure 29 : Changement de la pratique médicale

## 5.2. L'IDSP

### 5.2.1. L'avantage d'un suivi conjoint par l'IDSP et le médecin

L'IDSP voit les patients régulièrement en consultation et **réalise le suivi de leur pathologie chronique en coopération avec le médecin** :

« Je vois mon médecin tous les 3 mois essentiellement pour des renouvellements y compris bon des analyses de sang tous les 2 fois par semestre et s'il en oublie une, l'infirmière me la fait elle-même et va lui faire signer. Voilà c'est commode oui, c'est pratique. »

« Et puis après il y a le fait qu'il y ait une analyse tous les trois mois, de contrôle. Et tous les trois mois, on se donne rendez-vous, on fait la lecture ensemble de ce contrôle. »

### 5.2.2. Les consultations avec les IDSP : du temps à l'écoute des patients

**Le temps des consultations** avec l'IDSP a été mis en avant, permettant de poser les questions qu'ils n'osent pas ou n'ont pas forcément le temps de poser aux médecins :

« Moi ce qui m'a plu c'est le temps qu'elle prend pour faire les choses, que le médecin n'a plus hein enfin un quart d'heure c'est trop peu pour faire ce qu'on a à faire. »

« Oui c'est ça, on parlait du temps toute à l'heure c'est tout à fait ça [...] C'est vrai que les médecins aujourd'hui ils sont débordés. »

« Et puis j'ai accepté parce qu'elle m'a expliqué que ça pourrait n'être que du conseil bénéfique que lui n'avait plus le temps de s'en charger. »

« - elle a pris le temps de m'expliquer quand je mange mal ce qu'il se passe et c'est vrai que ça, ça m'a aidé. Et tout ce temps qu'elle prend c'est un plus, je veux dire ce n'est pas bâclé. C'est pas parce que c'est gratuit, on aurait pu penser...

- Non du tout, c'est pas du tout bâclé même
- Ce n'est pas bâclé du tout quoi et ça c'est très important hein. »

« J'aurais beaucoup de scrupule à demander aux médecins le temps d'écoute que m'accorde ASALEE ».

### 5.2.3. Des IDSP disponibles

**La disponibilité des IDSP** a été évoquée :

« Dans les points positifs moi je rejoins ce que disait [autre participant] toute à l'heure au niveau de la disponibilité »

« - je sais que je peux l'appeler si j'ai un souci

- donc de la disponibilité ?
- oui voilà elle est disponible. Si j'ai besoin je sais que je peux l'appeler mais pour l'instant ça va. »

« la disponibilité »

### 5.2.4. Une évolution de la profession d'infirmière

Certains patients participants ont évoqué un **changement de leur représentation du métier d'infirmière** au travers de l'activité de l'IDSP ASALEE :

« Pour moi une infirmière c'était quelqu'un qui faisait une piqûre au départ dans ma formation de vie à moi. Je ne savais pas qu'une infirmière ça faisait toutes ces choses-là quoi. »

« ça fait même des ordonnances »

**L'évolution du métier d'infirmière** chez son IDE libérale, qui a pris un temps ASALEE dans son activité, a été constaté :

« C'est-à-dire que ça a évolué aussi, le métier a évolué et en fonction aussi de l'évolution de la société, et ça a évolué, et aujourd'hui elles sont formées à ça. Parce qu'au départ, moi, c'était mon infirmière, enfin mon infirmière, elle faisait partie du cabinet, elle était infirmière libérale. »

L'infirmière que l'on connaissait uniquement dans le soin pratique, réalise aussi l'éducation thérapeutique avec une **approche plus globale** :

« Mais c'est peut-être aussi l'heure d'aller voir un professionnel global. »

L'avenir serait qu'une infirmière se présentera avant les consultations pour prendre les constantes, mesurer, peser etc... (ce rapprochant des concepts d'assistants médicaux ou d'infirmier de pratiques avancées) :

« Je dirais qu'il faudrait une infirmière pour faire le préambule peser, mesurer, enfin la somatique générale ça serait même pas plus mal je dirais quelque part, comme un sas d'entrée. »

**Des interrogations concernant la légitimité des IDSP ASALEE, leur formation, leurs domaines de compétences** ont été émises :

« Peut-être, je ne sais pas, sur l'organisation ou quoi moi on m'a fait signer une décharge, un accès à mon dossier médical parce qu'apparemment, elles n'ont pas les compétences ou le droit on va dire et elle utilise l'ordonnancier du médecin qui la représente. Mais bon ça reste sur du plan légal... »

#### 5.2.5. Une certaine autonomie dans leur travail

Les IDSP semblent bénéficier d'une autonomie dans leur travail, elles peuvent par exemple organiser des groupes de marche :

« Je marche avec elle quand c'est possible, quand le temps le permet et que ça s'y prête donc j'ai marché quoi 6 ou 7 fois depuis le début. »

Les patients auraient toujours le choix d'y assister ou pas, ce qui encourage l'autonomisation :

« - moi je marche très bien toute seule, j'aime pas aller à plusieurs. »

- voilà mais là aussi les gens choisissent. »

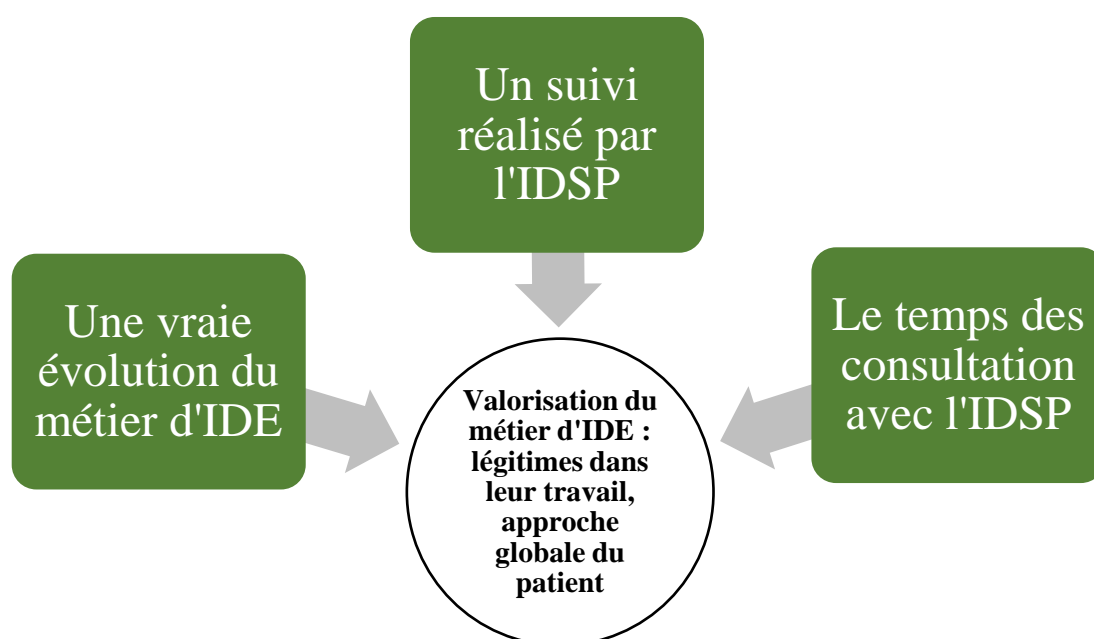


Figure 30 : L'IDSP

### 5.3. Une approche centrée sur le patient

#### 5.3.1. Le patient acteur de sa santé

Certains patients ont décrit le fait qu'avec ASALEE, ils deviennent **responsables de leur santé et acteurs dans la prise en charge de leur pathologie** :

*« Moi j'ai juste un autre point positif qu'on a un peu abordé, mais c'est quand même aussi que l'on est acteur encore de cette démarche. C'est-à-dire que même lors des entretiens, moi enfin dès le début c'est moi qui ai fixé la fréquence, si je n'ai pas envie d'y aller, j'y vais pas. Enfin j'y vais parce que si je m'engage j'y vais. Mais je veux dire on est vraiment responsabilisé, notre parole est prise en compte ».*

Ce qui semble nécessiter **implication et motivation** :

*« Alors après, encore une fois, il faut que les gens adhèrent, on ne va pas les obliger, il faut qu'ils soient acteurs de leur démarche, et qu'ils le fassent d'eux-mêmes, parce qu'ils ont envie. »*

Les IDSP leur donneraient des clés pour améliorer leur pathologie et c'est aux patients de faire le reste :

*« Il y a aussi dans ce suivi, tous les éléments de qu'est-ce que peut faire le patient, en l'occurrence, qu'est-ce que je peux faire par rapport à mon problème pour essayer d'améliorer. »*

Les patients semblent avoir le choix :

*« - moi je marche très bien toute seule, j'aime pas aller à plusieurs. »*  
*- voilà, mais là aussi les gens choisissent. »*

#### 5.3.2. Un suivi adapté au rythme des patients

Certains disent également qu'il **faut être motivé pour adhérer à ASALEE, il faut avoir avancé dans l'acceptation de sa pathologie** :

*« Par contre, ne comptez pas sur le fait qu'ASALEE fasse tout le boulot, ça veut dire qu'à un moment donné il va falloir que le patient ait une attitude d'ouverture d'esprit au départ et se mette dans la tête qu'il va falloir qu'il fasse sa part. »*

L'importance de cette dimension psychologique a été évoquée :

*« - et comment on pourrait faire pour que vous soyez plus en phase ? Qu'est-ce qui vous a manqué vous ?*  
*- c'est surtout là-haut, le mental. »*



Un rapprochement avec l'addiction a été fait : si le patient n'est pas motivé pour arrêter, il n'arrêtera pas :

*« À condition qu'ils sentent quand même que le patient est réceptif. Moi je me suis occupé des addictions. Si la personne voulait s'arrêter, bah on y arrivait et on l'aidait mais si elle ne veut pas, elle ne veut pas. »*

Pour certains patients, ASALEE ne semble pas adaptée à leur pathologie :

*« Après je n'y suis pas retourné quoi. Ça ne me branchait pas, je sais très bien ce qu'il faut faire mais on n'a pas toujours le choix de le faire déjà. »*

*« J'ai écouté et puis voilà c'est tout, j'ai décidé que ce n'était pas... enfin pas bon pour moi mais que ce n'était pas... ce qu'elle me disait je le connaissais déjà depuis 20 ans... Ça n'a pas changé ça de toute façon hein, ce problème-là de surpoids, mon poids. »*

*« Ça ne m'intéressait pas, je sais très bien ce qu'il faut faire si je veux faire ceci ou cela. »*

*« Ce n'était pas ce que je recherchais. »*

Il semble nécessaire de **respecter le cheminement personnel** du patient :

*« - Vous dites qu'il faut proposer mais respecter le temps du patient ?*

*- c'est exactement ça ! »*

Parfois ils décrochent selon leurs circonstances de vie :

*« - Mais y a des moments, où comme moi en ce moment, je suis incapable de faire quelque chose là, donc j'ai laissé tomber même, je vais reprendre mais voilà y a des fois des choses dans la vie qui font que c'est plus compliqué quoi.*

*- oui tout à fait, c'est ça. »*

*« Bon. Là en ce moment je suis un peu dans le creux de la vague parce que ça fait un mois que je n'ai pas fait beaucoup de choses. »*

#### 5.4. Intérêt de consultations en trinôme ?

Des **consultations à 3** ont été proposées avec le médecin et l'IDSP. Les avis sur celle-ci sont partagés :

*« - alors j'ai compris que j'allais inaugurer demain une visite commune c'est-à-dire je vois les 2 en même temps. Le médecin termine ses consultations donc je suis le dernier en consultation et elle, elle prend le relais sur ses consultations à elle. Et là ça va chevaucher !*

*- une consultation à 3 alors ?*

*- Oui. On fera un bilan, les transmissions vont être faciles*

*- qu'est-ce que vous en pensez les autres de cette consultation à 3 ?*

*- moi je ne voudrais pas*

*- moi non plus »*

*[...]*

- *moi ça ne me dérange pas. [...] Par contre le fait d'être à 3 ça peut être simple, pour que le message soit très clair pour les 3 personnes. Pour moi une discussion à 3 se fait à 3 et pas une qui rapporte à l'autre quoi. »*

[...]

- *Non non, moi ça me gêne pas du tout, au contraire. »*

### 5.5. Intégration du patient dans la réflexion sur le fonctionnement d'ASALEE ?

Il a été évoqué **l'intégration du patient dans la réflexion sur le fonctionnement d'ASALEE**, comme lors du focus group qui est en train de se dérouler :

« *C'est vraiment une intégration. [...] Ça c'est formidable »*

Mais une intégration nuancée :

« *C'est à dire que je suis patient. Je ne suis pas médecin. Voilà je suis là, vous nous invitez à cette réflexion et cette parole, on y vient très volontiers et ça s'accompagne de remerciements ».*

« *Dans la problématique propre au patient par rapport à ASALEE, là qu'il prenne toute sa place c'est normal. Après c'est vraiment franchement merveilleux. »*

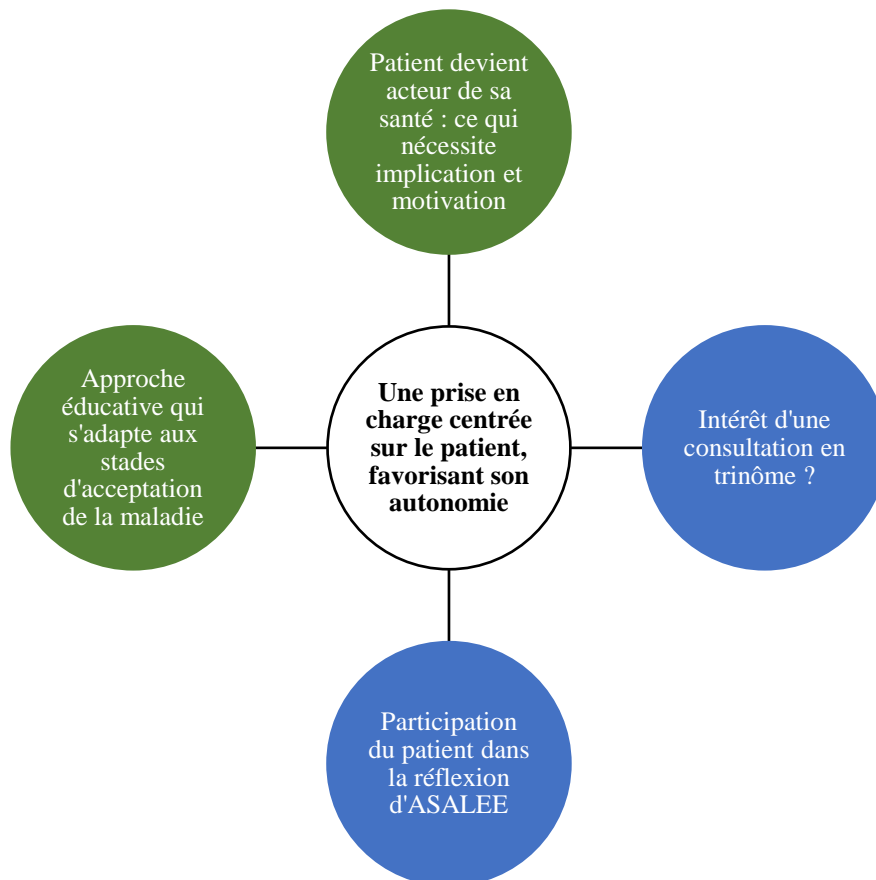


Figure 31 : Une prise en charge centrée sur le patient, favorisant son autonomie

## **6. Les effets positifs ressentis**

### **6.1. Efficacité clinique comme sur la perte de poids par exemple**

Certains patients dont l'objectif était de **perdre du poids** y sont arrivés avec l'aide de leur IDSP :

« *J'ai perdu du poids* »

« *Donc j'ai écouté ses conseils, c'était début juillet. Je savais ce qui n'allait pas de toute façon, je n'étais pas dupe non plus, je savais que toutes les pâtisseries que je mangeais n'importe quand, c'était pas bon. Et c'était juillet et à ce jour je suis à -10kg [...] Elle m'a expliqué quand c'est qu'il fallait, ce que je pouvais manger et quand.* »

« *j'ai suivi ce qu'elle m'a dit à peu près régulièrement et j'ai réussi à perdre du poids.* »

### **6.2. Stabilisation ou amélioration de paramètres biologiques**

Certains décrivent une **stabilisation de leurs analyses biologiques** à propos du diabète par exemple :

« *Et donc on fait un bilan systématique, je prends ma glycémie régulièrement, une fois par semaine. Le médecin m'a donné ce qu'il fallait pour et puis voilà pour l'instant la chose est contenue, ce n'est pas en régression mais c'est contenu. Ça n'évolue pas mal en tout cas.* »

« *j'ai équilibré mon diabète de type 2 grâce à l'infirmière et aux médecins (ici présents).* »

D'autres ont constaté une **amélioration de leurs analyses biologiques** :

« *j'ai réussi à perdre du poids et au bout de 3 mois les analyses étaient revenues juste comme avant quoi, comme il fallait.* »

### **6.3. Aide à l'acceptation de la maladie**

La capacité d'**aider le patient à accepter sa maladie** a aussi été mise en évidence :

« *J'ai du mal à être dans l'idée diabète, donc c'est à ça que sert ASALEE par exemple...* »

### **6.4. La régularité des consultations favorise la motivation**

La **régularité dans le suivi** est mise en avant :

« *La fréquence de consultations.* »

Ainsi que **la fréquence des consultations qui est adaptable aux besoins des patients** :

« *Je la vois de temps en temps, une fois par mois au moins* »

Cela permettrait d'**entretenir la motivation** :

« Et puis ensuite il y a le fait qu'on s'inscrit dans la durée et que les piqûres de rappel tous les trois mois au moins, encore aujourd'hui au bout de deux ans, s'avèrent excessivement précieuses. Et à mon avis, connaissant le patient, ce sera de plus en plus précieux. »

« C'est vrai que s'il n'y avait pas eu cette histoire d'analyses tous les 3 mois-là qui fait que... peut-être que s'il n'y avait pas eu un rendez-vous rendu, qu'on s'est rendu obligatoire. Peut-être que j'aurais moins accroché. Alors que là c'était moins évident... »

« Et ça a l'air de rien mais maintenant c'est peut-être un petit peu plus intégré mais au départ je vous garantis qu'au bout de six mois quand j'ai compris ce que c'était la problématique, ce qu'il fallait faire, on se pose la question est ce que je vais savoir le faire, est ce que je vais m'astreindre à... là actuellement au bout de deux ans c'est je m'inscris dans le temps. »

« Après je le répète je pense que cette problématique du diabète est très spécifique du fait de ses temps de passage tous les trois mois. Pour une pathologie qui n'implique pas ça, peut être que de manière informelle, peut-être pas obligatoire mais suscite le fait que le patient revienne au moins deux fois par an voire trois fois par an... »

### 6.5. Certains patients n'ont pas adhéré à ASALEE

Contrairement à certains patients qui éprouvent un bénéfice à ce suivi par l'IDSP, d'autres décrivent plutôt un **sentiment d'inefficacité sans apprentissage de nouvelles connaissances** :

« Oui mais bon ce qu'elle m'a dit je le lis presque tous les jours. »

« Ça ne me branchait pas, je sais très bien ce qu'il faut faire. »

« Ce qu'elle me disait je le connaissais déjà depuis 20 ans... »

D'ailleurs les **médicaments seraient déjà là pour régler leur problème** :

« Et puis j'ai des médicaments... »

« - Vous n'avez pas senti qu'ASALEE pouvez-vous apporter une aide ?

- non moi ce sont les médicaments qui m'ont fait baisser la tension. »

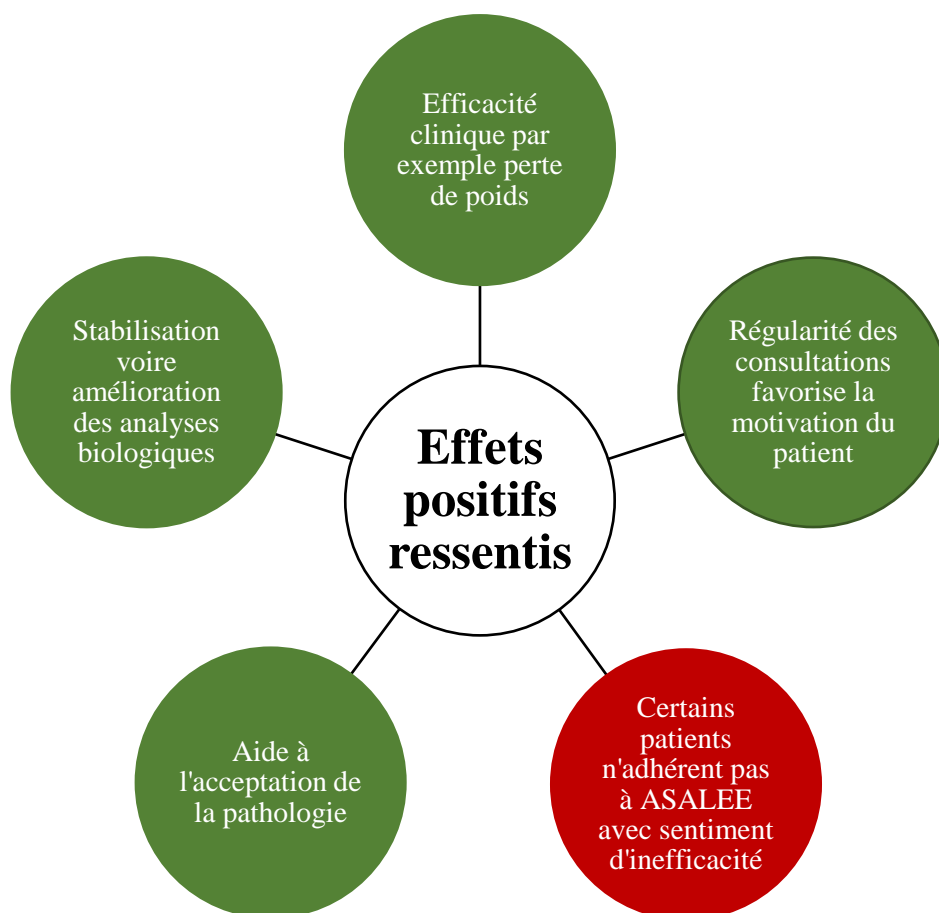


Figure 32 : Effets positifs ressentis sur ASALEE

## **7. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins**

### **7.1. Développer la place de la prévention dans le système de soins**

Certains patients participants ont insisté sur **l'importance de la prévention et de son manque de place dans le système de soins** :

« On parlait tout à l'heure par rapport à la sécu de faire de la prévention, moi c'est ce que j'ai toujours reproché à la sécu c'est de ne pas faire assez de prévention. On agit toujours au moment de, quand il y a une épidémie, quand il y a un truc, mais moi j'ai toujours dit, mais quand est ce qu'on va faire de la prévention ? Et je trouve que ça, alors ça ne répond peut-être pas à tout, mais ce système là en tout cas, amène une réponse à la prévention... »

« Après on peut toujours aussi dire que ça peut partir d'un constat d'échec parce que si on faisait du sport... c'est quand même malheureux d'avoir du diabète à 63 balais. En tout cas le découvrir à 63 balais pour s'entendre dire qu'il faut faire du sport... »

Pour d'autres, idéalement, nous pourrions ne plus avoir besoin de système comme ASALEE, chacun étant responsable de sa santé :

« Je crois qu'on rêve tous au-delà du fait que ça arrive le jour où on n'en aura plus besoin. »

## 7.2. Développer des alternatives aux médicaments

Il a été proposé de **développer des alternatives aux médicaments** :

« *Proposer des alternatives à la place des médicaments, proposer du yoga* »

« - *Peut-être comme dit [autre participant] des trucs de sophrologie, proposer à des gens qui ont des problèmes et que ça aiderait à sortir de...*

- *du cadre médical ?*
- *oui !* »

## 7.3. Un ressenti d'une lenteur au déploiement d'ASALEE et d'une nécessité d'augmenter le nombre d'IDSP

**L'évolution du développement d'ASALEE** a été source de questionnements :

« - *Y a longtemps que ça a commencé ?*

- *[...]*
- *ah quand même, oui, donc ça va doucement.* »

« *Mais justement vous disiez que dans certaines régions c'est mis en place depuis déjà une dizaine d'année ce que je trouve long.* »

En supposant **des raisons économiques** :

« - *je ne sais pas s'il y a des frais économiques ou autres...*

- *forcément.* »

Il semblerait nécessaire **d'augmenter le nombre d'IDSP ASALEE** :

« *Mais moi je pense qu'au vu des résultats je pense que c'est quand même plutôt positif si l'info est diffusée ça peut faire boule neige et ça devrait nécessiter que ça se développe partout quoi et en nombre suffisant.* »

Ou qu'il devrait y avoir une infirmière par cabinet, surtout pour les grands cabinets de groupe. Pour les plus petits cabinets, ils proposent une infirmière pour plusieurs lieux d'exercice :

« *Je dirai que ça serait pour chaque cabinet, qu'il y ait son infirmière attirée pour l'accompagnement.* »

**La nécessité qu'ASALEE prenne de l'ampleur à l'avenir** a été évoqué :

« *Parce que je me dis si c'est déjà en place depuis 10 ans, bon ça s'étend, mais moi pour l'avenir je me dis, il faut, ce n'est même pas on aimerait, il faut, je crois que c'est une nécessité.* »

La **concurrence avec d'autres suivis**, par exemple hospitaliers, a été citée par certains :

« *Ma compagne je lui ai expliqué en gros comment ça se passait, et comme elle est suivie par un addictologue, elle trouve que c'est plus sérieux sauf que moi je ne crois pas.* »

#### 7.4. Etudier les freins au développement d'ASALEE

Il faudrait étudier les **freins au développement d'ASALEE** :

« *On retombe toujours sur le même problème quoi. Si ça fait 15 ans que ça existe, que les bilans sont positifs et que c'est aussi peu développé c'est qu'il y a des freins quelque part. Donc je ne sais pas moi je ne suis pas placé pour le faire mais il faudrait identifier quels sont ces freins, ces obstacles et essayer de les faire sauter si c'est possible.* »

**Les patients présents à ce focus-group seraient satisfaits donc peu de freins ressortiraient ici à propos de l'adhésion à ASALEE :**

« *Mais en fait le problème il est là, c'est que nous on est tous réunis ici où on est adhérent à ce système. On est en plus satisfaits donc ça serait peut-être plus intéressant d'aller voir, bon même c'est intéressant je ne dis pas que c'est pas intéressant ce qu'on fait, mais d'aller voir les freins où ils sont pour tous ces médecins qui n'ont pas encore ASALEE.* »

#### 7.5. ASALEE un enjeu de santé publique source d'économie pour l'assurance maladie ?

Certains patients voient **un enjeu de santé publique** au développement d'ASALEE :

« *- non mais je veux dire que la sécu va y trouver un intérêt parce que forcément c'est de la prévention qui va faire économiser des soins futurs, plus graves, plus importants. C'est une médecine de prévention qui mérite d'être développée. Et donc d'en faire la publicité ça ne peut être que bénéfique pour les comptes de la sécu je suppose. Même s'ils payent les infirmières, ils s'y retrouveront derrière.*

- *c'est ça, c'est exactement ça. Donc elle devrait s'impliquer davantage.* »

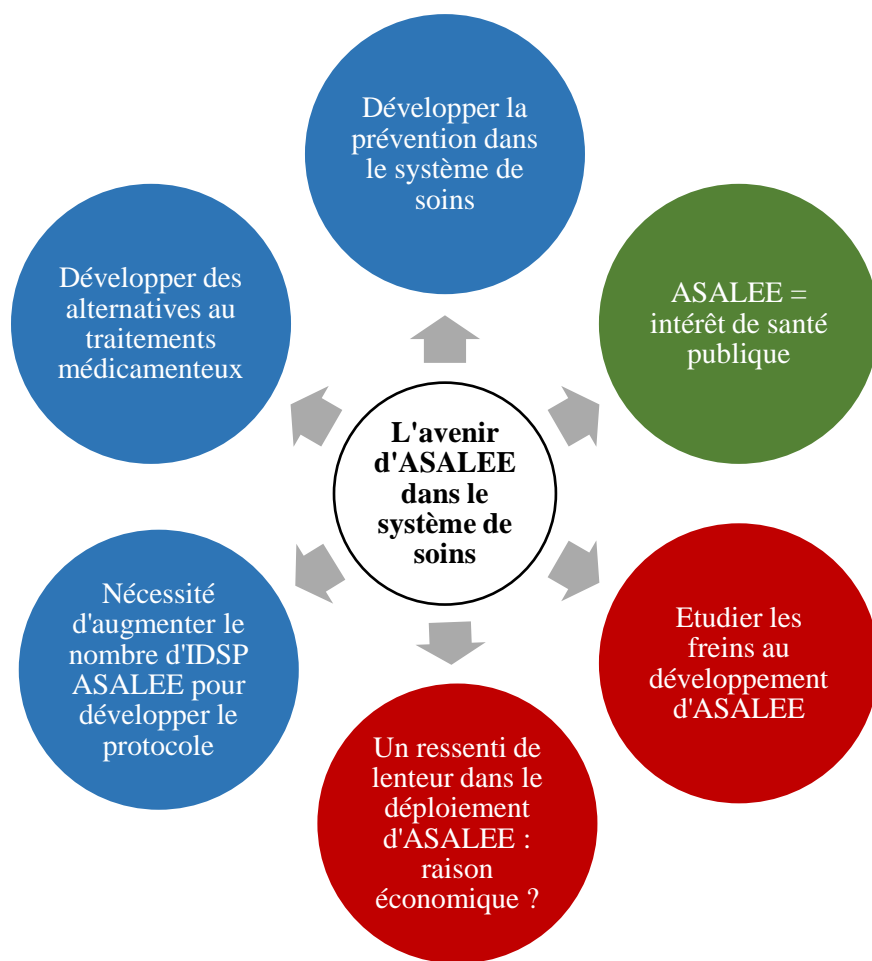


Figure 33 : L'avenir d'ASALEE dans le système de soins



## **VII. DISCUSSION**

---

### **1. Validité interne**

#### **1.1. Pertinence de l'étude**

L'éducation thérapeutique prend une place de plus en plus importante dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. ASALEE est un dispositif en plein essor qui se développe dans le territoire national afin de prendre en charge ces patients et de pallier le manque de médecins.

Comme dit en introduction, nous avons retrouvé quelques études qualitatives sur le ressenti des patients sur ce dispositif, une seule sur le ressenti des médecins et aucune sur celui des IDSP ASALEE au niveau national. Aucune étude qualitative évaluant le ressenti de ces différents protagonistes de façon croisée n'a été réalisée dans les régions des Landes ni même au niveau national.

L'originalité de notre étude résulte dans l'analyse croisée de ces différents ressentis afin d'essayer d'en faire émerger des pistes d'amélioration.

#### **1.2. Etude qualitative par focus group**

Nous avons pris le parti de réaliser une étude en focus group car cette méthode (19,20) a l'avantage de collecter des données sur un sujet ciblé en créant une dynamique de groupe facilitant les échanges, un débat entre les participants et permettant ainsi l'émergence de divergences et de différents avis. Chacun est libre d'exprimer son avis et son ressenti, ceci peut aider à lever les inhibitions des autres, ce qui pouvait être particulièrement intéressant lors des focus group des patients.

Une seule étude sur ce sujet a été réalisée suivant cette méthode par Aurélien Prato en 2011 dans les Vosges (17). Toutes les autres étaient réalisées avec des entretiens semi-dirigés.

Nous avons décidé de séparer les médecins / IDSP / patients afin d'éviter toute animosité et l'émergence de leaders d'opinion. En effet, nous craignons que les participants ne se sentent pas libres de s'exprimer s'ils étaient en présence des autres protagonistes, particulièrement les patients en présence de leurs médecins et IDSP.

#### **1.3. Guide d'entretien**

Nous avons réalisé nous-même le guide d'entretien avec l'aide de notre directeur de thèse le Dr Brice AIMÉ, et nous avons pris conseil auprès du Dr Baptiste LUACES qui a une plus grande expérience sur la méthodologie des études qualitatives.

Nous avons volontairement utilisé le même guide d'entretien pour tous les focus group afin de garder le plus d'objectivité possible et de faciliter l'analyse croisée des données. Les questions étaient ouvertes pour laisser les participants libres de s'exprimer et essayer d'éviter d'influencer leurs réponses.

Ce guide n'a pas pu être testé préalablement devant les difficultés organisationnelles et le manque de volontaires pour la tenue d'un focus group test. Cependant, lors de sa première utilisation, il a été discuté et jugé satisfaisant par le modérateur et les observateurs. Il permettait

en effet un bon déroulement des séances avec un enchaînement fluide des différents thèmes abordés. Il n'a donc pas été modifié au cours de l'étude.

#### 1.4. Modérateur et observateurs : biais de recueil

Le rôle du modérateur a été endossé par notre directeur de thèse, le Dr Brice AIMÉ, ce qui a pu être un avantage parce qu'il connaît bien le sujet.

Cependant, il existe un biais de désirabilité puisqu'il est assez investi dans ASALEE : il participe régulièrement aux réunions de secteur des IDSP, il est formateur des IDSP et il participe au recrutement et à la validation de certains projets.

Il connaissait des IDSP qui ont participé aux focus group ; il travaille avec l'une d'entre elles. Il connaissait également tous les médecins participants aux focus group. Il est aussi médecin traitant de certains patients ayant participé au 2<sup>ème</sup> focus group. Cela a pu permettre une prise de parole plus facile mais peut surtout induire un biais de désirabilité ou gêner l'expression libre des participants.

Nous-mêmes en tant qu'observateurs, connaissions quelques médecins, certaines IDSP et quelques patients du 2<sup>ème</sup> focus group, pouvant également induire un biais de désirabilité.

Cette étude était pour le Dr Brice AIMÉ sa première en tant que modérateur et en tant que directeur d'un travail de recherche qualitative ; et également pour nous, notre premier travail de recherche qualitative. Ainsi, un certain manque d'expérience a pu se manifester dans notre étude.

Autant lui modérateur, que nous observateurs, avons essayé de limiter au minimum nos interventions dans les débats pour ne pas donner notre opinion. Cependant, en reformulant les propos des participants, le modérateur a pu induire l'émergence de certaines idées.

Toutes ces données suggèrent la présence d'un biais de recueil.

#### 1.5. Biais de transcription et d'analyse

Lors de la retranscription, certains mots ont pu ne pas être compris lors de l'écoute des enregistrements. Cependant, cela ne nous a pas semblé affecter le sens global de l'idée. Les bonnes pratiques recommandent de faire relire les transcriptions à tous les participants. Devant les difficultés logistiques que cela aurait impliquées, nous avons fait le choix de ne pas réaliser cette relecture, ce qui peut induire un biais de transcription.

Cependant, la relecture systématique des verbatims par un deuxième investigateur a permis de le minimiser.

Lors de l'interprétation, nous avons essayé d'être le plus objectif et neutre possible. Cependant, étant donné que nous avons tous les 3 travaillé avec une infirmière ASALEE pendant notre internat, un biais de subjectivité a pu s'installer.

Nous avons réalisé un double encodage de chaque focus group puis une triangulation des données pour limiter l'interprétation personnelle des verbatims et limiter le biais de subjectivité.

### 1.6. Biais de recrutement, de sélection et émergence de leader d'opinion

Un autre biais important dans notre étude est le biais de sélection. Pour chaque partie, nous avons essayé de réaliser un échantillonnage raisonné.

Concernant les IDSP, comme vu précédemment, le recrutement s'est fait sur leur présence lors d'une réunion de secteur. 3 infirmières des Landes n'ont pas été contactées puisqu'elles participent aux réunions de secteur du Gers et 3 infirmières participant normalement à cette réunion de secteur étaient absentes pour des raisons personnelles.

La réalisation des 2 groupes s'est faite selon 3 caractéristiques principales : leur âge, leur ancienneté dans ASALEE et leur temps effectif de travail dans ASALEE. Nous avons choisi ces critères afin d'éviter l'émergence d'un leader d'opinion. Les infirmières plus âgées auraient pu avoir plus de facilités à exprimer leurs pensées, les IDSP ayant plus d'ancienneté dans ASALEE auraient pu monopoliser la parole. Comme l'ensemble des participantes se trouvaient au même endroit au même moment pour leur réunion de secteur, l'échantillonnage raisonné a pu se faire correctement, obtenant deux groupes homogènes.

Il faut noter que 2 IDSP sont impliquées dans le CSST d'ASALEE et peuvent être considérées comme des leaders d'opinion. Ces 2 infirmières ont été séparées dans 2 focus group différents. Une autre IDSP est l'épouse d'un des médecins ayant participé à notre étude qui siège lui-même au conseil d'administration d'ASALEE.

Concernant les médecins, nous voulions initialement réaliser 2 groupes homogènes en fonction de 3 critères principaux : lieu d'exercice (pour qu'ils ne travaillent pas tous avec la même infirmière), leur ancienneté dans ASALEE et leur degré d'implication. Ceci aussi afin de limiter l'émergence d'un leader d'opinion et d'avoir le plus d'avis différents possibles.

Cependant, cela n'a pas été réalisable car les groupes se sont créés selon les motivations et disponibilité de chacun des participants en prenant en compte le lieu de réunion prévu. Il existe donc un biais de sélection en sélectionnant les médecins les plus motivés et impliqués dans ASALEE.

Ainsi lors du 1<sup>er</sup> focus group, ils étaient 3 sur 4 à travailler avec la même infirmière ASALEE. Leur implication tout comme leur ancienneté dans ASALEE restaient tout de même variées. L'un d'entre eux est maître de conférences associé à l'Université de Bordeaux. On peut supposer de sa part une plus grande aisance en public et le considérer ainsi comme un leader d'opinion.

Lors du 2<sup>ème</sup> focus group, 3 médecins sur 6 travaillaient avec la même IDSP. 2 d'entre eux sont particulièrement impliqués dans ASALEE puisqu'ils appartiennent au conseil d'administration d'ASALEE et l'un d'entre eux est l'époux d'une IDSP ASALEE : tout cela peut engendrer un possible lien d'intérêt. Quant à l'ancienneté dans ASALEE, elle restait assez variée. A noter que deux autres participants sont respectivement président et trésorier du syndicat MG France des Landes. L'un des participants est également élu au bureau de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Nouvelle-Aquitaine. Ces 4 participants sus-cités peuvent être considérés comme des leaders d'opinion.

Néanmoins, ces 5 leaders d'opinion ont tout de même respecté la parole de chacun et laissé les autres participants s'exprimer librement et exposer leurs idées.

Concernant les patients, il existe un biais de recrutement notable. Lors du 1<sup>er</sup> focus group, devant le refus des patients sélectionnés par nos soins de participer au focus group, les IDSP ont choisi elles-mêmes les patients sans tenir compte des différents critères. Tous les patients sauf un étaient donc plutôt impliqués dans ASALEE et peu de critiques négatives sont donc ressorties. L'échantillonnage n'était donc pas raisonné. Lors de ce focus group, aucun leader d'opinion n'est ressorti.

Lors du 2<sup>ème</sup> focus group, les critères ont été respectés et un groupe homogène a pu être réalisé. Malheureusement, beaucoup de participants ont annulé, ils n'étaient plus que 4 patients à participer (nombre de participants minimal requis afin de réaliser un focus group). 2 leaders d'opinion ont émergé lors de ce focus group : il s'agit de 2 patients particulièrement impliqués dans ASALEE ayant déjà participé à des réunions de secteur en tant que patients ressources.

### 1.7. Biais de puissance : seuil de saturation des données non atteint

Il existe un biais non négligeable dans notre étude puisque seuls 2 focus group par protagonistes ont été réalisés. Obstacle récurrent pour ce type d'étude, devant des difficultés organisationnelles et logistiques, la réalisation d'autres focus group n'a pas été possible. Le manque de volontaires ou de disponibilité concernant les médecins et les patients a grandement limité notre recrutement et donc notre étude. Concernant les focus group des IDSP, la quasi-totalité de la population cible a été entendue. Nous aurions pu essayer malgré tout d'en réaliser un 3<sup>ème</sup> avec les 3 IDSP absentes et les 3 IDSP participantes aux réunions de secteurs du Gers mais travaillant dans les Landes.

Ainsi, notre étude souffre d'un biais de puissance qui limite l'exhaustivité de ces résultats.

## **2. Validité externe et implication des résultats**

### 2.1. Découverte d'ASALEE, mise d'une place coopération nouvelle

#### 2.1.1. Découverte d'ASALEE : un manque d'informations ?

Le mode d'entrée dans ASALEE semble s'être fait le plus souvent par le **bouche à oreille** ; aucun ne faisait suite à une communication de la part de l'association ni des organismes.

Plusieurs infirmières rapportaient des difficultés dans leur installation, en particulier dans le recrutement de **médecins qui semblaient manquer d'informations**.

Les patients qui, pour la majorité, étaient rentrés dans le protocole par l'intermédiaire de leur médecin, s'interrogeaient également sur ce manque de communication de la part d'ASALEE. En dehors des informations données par leur médecin ou l'IDSP ou la présence d'une affiche dans certaines salles d'attente présentant le protocole, **aucune autre source notamment sur internet** ne leur avait apporté de précisions.

Ce résultat se retrouve dans la thèse de E. Dadena et M. Sader en 2017 (15) qui précisait que ce manque d'information avait pu être à l'origine d'une crainte du patient avant la rencontre de l'IDSP. En 2015, R. Py (13) dans sa thèse soulevait aussi cette problématique du manque

d'information du patient. Il insistait sur la mise en place d'affiches dans les cabinets qui n'était pas encore systématique.

**Il n'existe aucun site internet dédié au public.** Le site *asalee.fr* est l'interface utilisée par les membres de l'association mais ne s'adresse pas au grand public. Par ailleurs, aucune communication ou promotion à l'attention du grand public n'a été réalisée par l'Assurance Maladie. Il semblerait que ce manque de communication soit voulu par l'association ASALEE pour obtenir un développement de proche en proche, basé sur l'échange d'expérience et restant maîtrisable.

L'interrogation des patients sur ce manque de communication semble légitime, car il paraîtrait logique de vouloir promouvoir ce dispositif qu'ils perçoivent majoritairement de manière positive.

Cependant, il reste un protocole de coopération qui fonctionne sur la base du **volontariat des médecins et infirmières**, garant d'un certain degré de motivation.

Par ailleurs, une communication au grand public n'a **pas de sens tant que ce service ne peut pas être généralisé à l'ensemble de la population**, ce qui est le cas actuellement.

Néanmoins, une plus grande information des patientèles des médecins collaborateurs d'ASALEE paraît justifiée pour augmenter la portée du protocole au sein des cabinets concernés car beaucoup de patients atteints de pathologies prises en charge par ASALEE ne semblent pas forcément informés alors que leur médecin participe à cette coopération.

Les **affiches** présentes dans certaines salles d'attente ont été remarquées par les patients ; elles ont été dans certains cas la porte d'entrée dans le dispositif.

Ces résultats ne sont que qualitatifs et ne permettent pas de confirmer la généralisation de cette pratique. Une étude en ce sens pourrait être menée.

Par ailleurs, on peut imaginer des **brochures** disponibles sur les bureaux des médecins ou dans les salles d'attente qui pourraient à l'instar des affiches, pousser le patient à demander directement à son médecin des précisions sur le dispositif.

**Enfin, une communication ciblée vers les médecins et infirmières pourrait se justifier dans le but d'accélérer le développement d'ASALEE.**

Dans la thèse de R. Py, un médecin ASALEE proposait d'aller rencontrer ses collègues pour partager son expérience.

On peut aussi imaginer passer par les instances officielles (conseils de l'ordre) ou de formation (IFSI, départements de médecine générale des universités, organismes de formation continue...) ou bien l'URML pour toucher plus de professionnels qu'avec le bouche à oreille.

Mais, ce développement ne semble pas être souhaité par l'association qui, malgré ses 16 années d'existence, reste encore en construction aujourd'hui et pourrait ne pas être capable d'absorber cette demande supplémentaire.

### 2.1.2. Simplicité administrative et prise en charge financière : facteurs favorisant de l'intégration à ASALEE

**Plusieurs médecins participants ont signalé que leur adhésion à ASALEE a été facilitée par le peu de démarches administratives qu'elle nécessite.** Cette simplicité est pour eux un vrai point positif d'ASALEE qu'ils espèrent voir perdurer.

Cela est en accord avec l'étude de la DRESS en 2014 (21) qui a montré qu'une simplification des démarches peut favoriser le développement de la délégation de tâches.

Par ailleurs, toujours selon cette étude, 60% des médecins étaient favorables à la délégation de tâches si le délégué était entièrement rémunéré par un forfait extérieur sans que le délégant n'ait à compléter financièrement, ce qui est le cas pour ASALEE. Le taux chute à 30% si le médecin doit participer à cette rémunération. Cela confirme que le **mode de rémunération choisi par l'association est le bon pour convaincre le plus grand nombre de médecins généralistes.**

Cette rémunération de l'IDSP, sur une base collective, fait plutôt exception dans le système de soin français qui fonctionne principalement sur une tarification à l'acte. Une étude sur les pratiques infirmières avancées dans 12 pays développés montrait qu'un paiement à l'acte individuel pouvait être un obstacle au développement de ce type de pratiques (22).

Certains médecins participants ont évoqué un possible effet d'aubaine avec une utilisation intéressée à des fins de validation facilitée des ROSP, sans réelle motivation de coopération, ce qui pourrait limiter l'efficacité d'ASALEE.

**La simplicité administrative et financière apportée par l'association ASALEE est saluée par les médecins. Elle semble être un levier à l'adhésion initiale.** Cependant, pour les médecins et IDSP interrogés, l'intérêt principal d'ASALEE ne semble pas uniquement résider dans ces facteurs.

### 2.1.3. Travail en équipe et concurrence avec d'autres professionnels de santé

L'instauration d'ASALEE dans les cabinets médicaux entraîne une modification des pratiques en favorisant le dynamisme d'équipe. **Ce travail de groupe pluriprofessionnel est apparu dans nos résultats comme un but et une volonté des médecins et IDSP interrogés.** Pour certains, le monde libéral a besoin d'évoluer vers un travail en équipe pour rester efficace.

Cette volonté de travailler en équipe a été retrouvée dans deux autres thèses, celle de A. Prato en 2011 (17) et de M. Sader et E. Dadena en 2017 (15).

Le métier de médecin généraliste évolue, de plus en plus de jeunes médecins souhaitent exercer en équipe et ceci serait même une des principales conditions à leur installation. Une étude réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011 (23) montrait que les internes n'étaient pas contre

l'installation en libéral à condition d'avoir une organisation de travail cohérente et tournée vers le patient.

Une étude réalisée par la DREES en 2019 (24) montre que la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels est plébiscitée par 73% des médecins de moins de 40 ans.

De plus en plus de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de cabinets de groupe se développent comme le décrit M. Kayser dans son commentaire sur l'ouvrage de D. Coutant et F. Tuffreau intitulé « *la médecine générale, une spécialité d'avenir* » (25).

Un travail réalisé en 2017 par E. Strumpf et al. sur des données québécoises (26) montre que le travail en équipe est associé à une amélioration de l'accès aux soins primaires sans toutefois en réduire les coûts.

Lors d'un séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Science Po (27), il apparaît que, pour la pérennisation des soins primaires en France, une nouvelle organisation devrait s'imposer autrement qu'autour du médecin généraliste isolé en donnant naissance à une équipe de soins primaires coordonnée voire une équipe traitante au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).

Il semble qu'ASALEE s'intègre dans une évolution plus globale du métier de médecin généraliste qui s'oriente vers un regroupement des professionnels. **Ce travail en équipe** permettrait d'adapter les pratiques pour, selon certains auteurs, permettre la pérennisation des soins primaires devant une diminution du nombre de médecins. **Le concept « d'équipe traitante » semble remplacer progressivement celui de « médecin traitant ». Les IDSP ASALEE ont leur place au sein de cette « équipe traitante ».** Elles en sont même parfois à l'origine en apportant une coopération au sein des structures de soins.

L'étude DAPHNEE de l'IRDES portant sur les binômes médecin-IDSP (28) montrait d'ailleurs que les binômes les plus actifs exerçaient le plus souvent en cabinet de groupe pluriprofessionnels.

Cependant, des points négatifs ont été soulignés concernant ce travail en équipe pluriprofessionnelle.

On a pu noter **des notions de concurrence avec d'autres professionnels de santé présents dans les cabinets, notamment avec les IDE libéraux ou les diététicien(ne)s.**

Des **ressentis de concurrence émanant des IDE libéraux** avaient déjà été relevés dans le travail de R. Py en 2015 (13) ainsi que dans la thèse de A. Prato en 2011 (17).

Les IDE libérales sont bien entendu libres d'adopter une posture éducative avec leurs patients, sans que cela s'intègre forcément dans un programme éducatif. Mais contrairement aux IDSP ASALEE, elles n'ont pas forcément reçu une formation à l'ETP. Il semble difficile qu'elles puissent disposer du temps dont bénéficient les IDSP avec les patients (1 heure par consultation).

Il pourrait sembler intéressant que les IDE libérales puissent participer à certaines réunions de secteurs pour mieux appréhender le rôle différent mais bien complémentaire de ces 2 activités. Une autre solution pourrait être, comme l'un des médecins de nos focus group l'a évoqué, d'organiser des réunions avec médecins, IDE libérales et IDSP ASALEE voire patients,

afin d'intégrer les IDE libérales dans cette prise en charge. Ce type de réunion a d'ailleurs déjà été mis en place au sein de certaines MSP où un des médecins participants a pu constater une amélioration des relations entre IDSP et IDE libérales.

**Les diététicien(ne)s présent(e)s dans les MSP semblent également pouvoir éprouver un sentiment de concurrence vis-à-vis d'ASALEE.** Ceci a été souligné par une étude réalisée par l'IRDES en 2018 (29) qui concluait à un effet de concurrence souvent dû à un chevauchement des compétences. Cela pouvait être un frein au bon développement d'ASALEE au sein de la MSP, ou, au contraire, favoriser un renforcement mutuel et un relais entre professionnels. Pour cela, une bonne coordination au sein du cabinet de groupe semble primordiale.

Enfin un dernier point a été relevé lors de notre étude : **l'impossibilité actuelle d'intégrer d'autres professionnels de santé dans les protocoles coordonnés par ASALEE comme des kinésithérapeutes, des psychologues ou bien les diététiciennes.**

Ceci n'a pas été retrouvé dans la littérature, il s'agit de la 1<sup>ère</sup> fois que des protagonistes d'une étude qualitative abordent ce sujet.

Les kinésithérapeutes, les podologues, les psychologues par exemple auraient tout à fait leur place en coopération avec le médecin et l'IDSP, notamment lors d'ateliers collectifs (la prise en charge individuelle étant déjà assurée par l'IDSP et le médecin).

Le travail en MSP favoriserait cette prise en charge pluriprofessionnelle particulièrement adaptée aux pathologies chroniques.

Il s'agit d'une piste de réflexion : **comment intégrer dans ASALEE ces paramédicaux acteurs de santé de proximité des patients, dans quel cadre, comment indemniser ces professionnels libéraux habituellement rémunérés à l'acte ?**

#### Découverte et motivations initiales

- **Découverte par le bouche à oreille mais manque d'informations de façon générale sur ASALEE**
  - **Proposition d'une communication par les instances officielles pour les médecins et IDSP**
  - **Proposition de mettre des affiches dans les centres médicaux pour les patients**
- **Motivation initiale : facilité administrative et financière d'ASALEE**
- **Une volonté de travailler en équipe et d'apporter une dynamique de groupe :**
  - **L'IDSP occuperait une place centrale dans cette notion « d'équipe traitante »**
  - **Possible ressenti de concurrence avec les IDE libérales et diététicien(ne)s : nécessité d'une bonne coordination entre les différents professionnels**
  - **Proposition d'intégrer les autres professionnels de santé paramédicaux notamment au travers d'ateliers collectifs. Problème de leur rémunération par ASALEE**



## 2.2. Une approche éducative au plus près du patient

### 2.2.1. De l'ETP en ambulatoire et préventive

**Une des principales qualités d'ASALEE mise en avant par plusieurs médecins et IDSP interrogés, est l'apport de l'ETP à la pratique médicale ambulatoire.**

L'ETP sort de l'hôpital et va directement vers le patient. Cette démarche répond au rapport de l'Académie Nationale de Médecine de 2013 (30) dans lequel il est précisé que « *l'ETP doit être poursuivie pour les patients hospitalisés selon les modalités actuellement prévues, mais il est impératif de l'élargir au secteur ambulatoire* ».

Cette proximité du lieu de vie du patient fait tout son intérêt car, comme le précise les recommandations de la Société Française de Santé Publique en 2008 (2), « *les maladies chroniques [sont liées] aux questions de conditions de vie et de proximité du domicile* ».

**Des participants critiquaient l'impact limité des programmes hospitaliers ou du protocole SOPHIA, qui auraient du mal à s'inscrire dans la continuité du suivi du patient.** Cette donnée était aussi retrouvée dans le travail de R. Py (13) qui dénonçait le manque d'adhésion des patients aux très nombreux programmes éducatifs en place dans sa région.

La supériorité ressentie d'ASALEE par rapport à SOPHIA est une idée qui se retrouvait également dans le travail de C. Vezien (31) en 2017 et de P. Daussin (32). Le protocole SOPHIA est un accompagnement personnalisé téléphonique, proposé par l'Assurance Maladie aux patients atteints d'asthme ou de diabète. Un infirmier conseiller en santé joint directement les patients pour relayer les messages donnés en consultation et peut proposer des brochures ou supports d'informations. Dans la dernière évaluation réalisée à la demande de l'Assurance Maladie (33), ce dispositif apportait une amélioration sur la pratique des examens de suivi sans franche amélioration des dépenses en santé.

**Certains de nos participants, médecins, infirmières ou patients, ont ressenti une concurrence entre les différents programmes éducatifs.**

C'est une idée nouvelle qui n'est pas retrouvée dans les autres travaux sur le ressenti des médecins. Même si la compétition entre les différents programmes n'a que peu d'intérêt, les médecins mettaient surtout en valeur le **manque de coordination des différents programmes**.

Dans le travail de R. Py (13), les médecins insistaient aussi sur l'idée de ne pas multiplier les programmes au risque de perdre l'adhésion du patient.

De même, nos médecins suggéraient la mise en place d'un **lien « ville-hôpital »**.

Toutes ces idées se retrouvent dans le rapport de l'Académie Nationale de Médecine (30) : « *une coordination territoriale est indispensable pour harmoniser les ressources et faciliter l'accès des patients aux structures et programmes d'ETP. Placée sous la responsabilité des ARS, cette coordination doit être d'ores et déjà envisagée [...]* ».

Aujourd'hui, selon l'Article L1161-2 du Code de la Santé Publique (34), « *les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé* ».

**On ne retrouve dans ce texte de loi aucune notion portant sur la coordination des programmes ETP.**

Cependant, l'ARS de Nouvelle Aquitaine a mis en place en 2016 une plate-forme territoriale d'appui appelée Santé-Landes (s'appuyant sur un outil de communication appelé PAACO-Globule) censée favoriser la coordination des parcours de santé complexes.

Il existe aussi depuis 2017 l'association ETHNA (Education Thérapeutique du Patient en Nouvelle Aquitaine) dont l'objectif est le développement de l'ETP et l'accompagnement en santé des patients et des aidants, sur l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine et de faire évoluer une offre de service actuellement segmentée vers une mise en réseau des acteurs dépassant le cadre strict de l'offre de programme ETP (35).

ASALEE reste peu connu du milieu hospitalier qui ne l'intègre pas dans sa prise en charge. Pourtant, les programmes d'ETP hospitaliers et ambulatoires ne doivent pas être placés en opposition. Ils sont complémentaires et pourraient s'articuler dans le parcours du patient, car celui-ci restera toujours partagé entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Tout comme le lien entre médecins hospitaliers et libéraux qui est loin d'être optimal, la coordination entre ETP hospitalière et ambulatoire doit être améliorée.

**Une présentation officielle du protocole ASALEE aux médecins et équipes d'ETP hospitaliers pourraient par exemple créer un lien hôpital-ville et permettre un décloisonnement des IDSP ASALEE.**

Cet apport de l'ETP au plus près du patient apparaît comme une des principales motivations pour les protagonistes à adhérer au protocole et constitue finalement l'une des qualités premières d'ASALEE. Ce dispositif répond aux limites des programmes d'ETP hospitaliers qui peinent à s'inscrire dans le quotidien des patients. Cette proximité de l'IDSP implique la mise à disposition d'infrastructures adéquates, comme nous allons le voir par la suite.

#### 2.2.2. Importance d'un local dédié au sein du cabinet

**Pour permettre cette proximité au plus près du patient, il semblerait important que l'IDSP dispose d'un bureau dédié au sein du cabinet où elle exerce.**

Les médecins interrogés dans notre travail n'étaient pas tous d'accord sur l'intérêt d'avoir l'IDSP au sein du cabinet. La majorité déclaraient que la présence de l'IDSP sur le même lieu d'exercice était un avantage car cela encourageait et mettait en confiance le patient au moment de la proposition de prise en charge. Le patient pouvait se projeter concrètement dans un lieu connu. En revanche, d'autres médecins se demandaient si le déplacement induit par un lieu de consultation différent du cabinet médical ne garantissait pas une certaine motivation du patient.

Finalement, en analysant les dires des patients, la plupart s'accordaient pour dire que cette proximité augmentait clairement leur adhésion au protocole (malgré le fait que certains aient également suggéré l'idée que mener la consultation avec l'IDSP dans un lieu neutre sans rapport avec leur médecin traitant pouvait être intéressante).

Dans la littérature, cette proximité de l'IDSP est plutôt appréciée par les patients, notamment dans la thèse de E. Dadena et M. Sader (15).

En plus de la proximité géographique, nos résultats mettent en avant l'importance pour l'IDSP de pouvoir disposer d'un local dédié. Certains médecins partageaient leur bureau avec l'IDSP, ce qui pouvait d'une part limiter les horaires de travail de l'IDSP et d'autre part, perturber le patient par les changements de lieu de consultation. Le fait d'avoir son propre bureau permet plus d'autonomie et de présence pour l'IDSP.

Cela est aussi décrit dans les travaux de R. Py (13) et de C. Vezien (31) où l'espace insuffisant du cabinet est un facteur limitant le développement d'ASALEE. De plus, une étude de l'IRDES (28) portant sur les binômes médecins-infirmières formées dans ASALEE mettait en avant que les IDSP appartenant aux binômes les plus « matures » (ayant une activité ASALEE plus intense) disposaient d'un local dédié.

**Est-ce que la mise à disposition d'un local pour l'IDSP ASALEE permet une plus grande efficacité de celle-ci ? Aucune étude ne l'a prouvé mais il semblerait qu'avoir un bureau dédié développe l'activité de l'IDSP. Cette question devrait être abordée au moment de la mise en place de la collaboration car elle participe au bon fonctionnement du protocole.**

#### Une approche éducative au plus près du patient

- A la différence d'autres programmes existants (SOPHIA)
- Nécessité de promouvoir une coordination entre les différents programmes d'éducation thérapeutique et de mettre en place un lien Ville Hôpital où ASALEE pourrait être centrale
- Un local dédié à l'IDSP au sein de la MSP semble être un élément important au bon fonctionnement

### 2.3. Le fonctionnement d'ASALEE : la coopération médecin / IDSP / patient

#### 2.3.1. Relation IDSP / Médecins : une collaboration nouvelle

- Valorisation et considération du métier d'IDSP

Nos résultats retrouvent un sentiment de **diminution du rapport hiérarchique antérieur médecin/infirmière**, ainsi qu'une **reconnaissance et une considération du travail de l'IDSP**. Des patients de notre étude ont également ressenti positivement cette collaboration.

Des médecins et patients semblent tout à fait accepter l'IDSP dans son nouveau rôle. Ils reconnaissent sa compétence et sa légitimité. Différents travaux de la littérature se sont intéressés aux ressentis des médecins ou des patients : chacun des deux protagonistes **valorise l'IDSP, sa compétence et la qualité de son travail**. Il est à noter cependant que le travail de A. Prato (17) en 2011 suggérait une **insuffisance de formation sur l'aspect relationnel ou encore sur l'entretien motivationnel** en dépit de leur formation à l'ETP. De même, dans le travail de C. Vezien (31), les médecins pointaient un manque de formation dans le domaine de la BPCO et des tests mémoire. Ces résultats restent isolés et ne semblent pas témoigner d'une véritable insuffisance de formation des IDE ASALEE.

Cette valorisation et considération du métier d'IDSP semblent permettre une plus grande coopération entre médecins et IDSP.

- Rapports médecins / IDSP favorisant l'adhésion des patients

Comme vu précédemment, nos résultats semblent montrer une satisfaction de la coopération médecin / IDSP.

Celle-ci a également été retrouvée comme positive dans la thèse de R. Py en 2015 qui a réalisé une enquête d'opinion auprès de huit médecins Limousins concernant leur ressenti sur ASALEE (13). Il décrit une bonne coopération entre médecins et infirmières, n'y voyant que des points positifs.

A. Bouchaud dans sa thèse en 2017 sur le vécu et ressenti des patients diabétiques de type 2 sur leur suivi avec l'IDSP, décrit une « *association bénéfique avec un meilleur suivi et une amélioration de la qualité de vie des patients* » (14).

E. Dadena et M. Sader dans leur thèse concernant le protocole de coopération ASALEE en région Midi-Pyrénées en 2017, ont montré que les patients considèrent cet échange d'informations entre les deux protagonistes comme normal voire bénéfique pour certains participants (15).

L'étude DAPHNEE (analyse quantitative exploratoire, réalisée par l'IRDES, concernant 1065 binômes de médecins et infirmières) (28) a permis de réaliser une typologie de ces collaborations en les classant en trois groupes selon :

- L'intensité d'activité des professionnels impliqués,
- Leur ancienneté dans le dispositif et leur perception de ses apports,
- La nature et l'intensité des échanges au sein des binômes,
- Le contexte ou le mode d'exercice des infirmières.

Cette analyse a mis en lumière certaines différences entre les collaborations et a permis de faire ressortir les caractéristiques des binômes qui favorisent la délégation de tâches et la coopération. Les binômes avec l'activité la plus intense dans ASALEE sont les plus anciens et sont constitués des IDSP travaillant majoritairement à temps plein, dans un seul cabinet, habituellement de groupe ou pluriprofessionnel et implanté dans des espaces défavorisés.

L'étude montre que l'activité ASALEE semble être favorisée par le fait de travailler avec une seule IDSP, à temps plein dans ASALEE, qui dispose d'un bureau dédié, avec l'appui d'un secrétariat au cabinet.

**La collaboration médecin / IDSP nécessite du temps et de l'engagement pour se développer.** Si les médecins et IDSP des binômes les plus anciens ont une vision globalement positive du dispositif, ce n'est pas le cas pour les protagonistes les plus jeunes dans le dispositif. La fréquence des temps d'échange entre IDSP et médecins semble également déterminante : elle est élevée chez les binômes les plus anciens, avec présence simultanée au cabinet mais reste faible pour les autres.

Il semble donc que **la coopération entre IDSP et médecins ne soit pas innée** et qu'il faille travailler sur sa mise en place pour qu'elle soit efficace et valorisante.

Dans cette même analyse de l'IRDES, des leviers d'action ont été identifiés pour favoriser le développement d'une coopération plus importante : **réfléchir à des critères de recrutement des médecins à l'entrée du dispositif et accompagner leur montée en compétences afin de garantir un engagement plus marqué dans l'activité au sein du dispositif, tenir compte des contextes d'exercice et d'activité des infirmières les plus favorables, faciliter l'intensification des échanges formels et informels entre infirmières et médecins.**

**Cette coopération est nécessaire pour une cohérence du discours entre médecins et IDSP. Tous les protagonistes de notre étude sont d'accord pour affirmer l'importance de la cohérence du discours entre IDSP et médecins, permettant une plus forte adhésion du patient.**

Notre travail fait ressortir de nombreux points à mettre en place pour entretenir cette collaboration et coopération IDSP / médecins, que nous allons aborder.

- Dossier médical partagé

Pour maintenir ce travail en collaboration dans de bonnes conditions, **l'accès au dossier médical pour les IDSP a été cité comme un point positif.**

Dans notre étude, cela est unanime, contrairement à l'étude de R. Py en 2015 (13), où tous les médecins n'étaient pas d'accord pour que l'infirmière ait accès à l'ensemble des informations concernant le patient (notamment les informations personnelles).

Dans sa thèse, A. Prato met en avant qu'ASALEE permettrait une amélioration de la tenue des dossiers médicaux informatisés et leur uniformisation (17). Dans tous les cas, le consentement du patient est nécessaire avant de transmettre les informations à d'autres professionnels de santé et notamment l'IDSP.

**L'accès au dossier médical pour l'IDSP paraît donc nécessaire pour réaliser des consultations au plus près du besoin des patients.**

- Importance et difficultés d'organisation des réunions d'échange

Les IDSP et les médecins sont tenus de se rencontrer régulièrement lors de **réunions d'échange**.

Or, différents protagonistes de notre étude décrivent des **difficultés à réaliser celles-ci, le plus souvent à cause d'un manque de temps ou de difficultés à coordonner les plannings**. Ce temps d'échange est rémunéré pour les médecins (sur la base du temps déclaré par l'IDSP) à hauteur de 12 consultations pour un équivalent de temps d'une demi-journée par mois maximum, proratisé à l'activité de l'équivalent temps plein infirmier (36).

Ce temps d'échange est compris dans le temps de travail des IDSP. Ce sont souvent ces dernières qui en sont demandeuses pour parler des patients suivis ou de l'organisation de la coopération.

Certains réalisent des réunions d'échange lors de temps dédiés tandis que d'autres le font de manière informelle entre « deux portes ». Ces temps d'échange sont prévus dans le protocole détaillé d'ASALEE validé par la HAS (37). R. Py les évoque dans son travail : « *Chaque mois, une réunion de synthèse est organisée entre les médecins du cabinet et l'IDSP. Ce staff de debriefing permet de revoir l'ensemble des dossiers et d'analyser les différents évènements indésirables* » (13).

Ces temps de réunion, alors qu'ils semblent déterminants pour l'établissement d'une collaboration efficace, semblent être sources de difficultés organisationnelles.

**Nous pouvons nous demander quels sont donc les modes et les temps d'échange idéaux pour une meilleure prise en charge et pour optimiser le temps des deux protagonistes ? Une étude en ce sens pourrait être menée.**

Parallèlement, les IDSP proposent aussi de convier les médecins à leurs réunions de secteur, ce qui paraît également compliqué à organiser, étant donné que les réunions de secteur se déroulent en général sur une journée complète. Pour l'organisation des médecins, cela risque d'être plus complexe. Néanmoins certains s'organisent pour y participer de temps en temps, quelques heures sur la journée.

- Manque de formation et difficultés

Les IDSP ainsi que les médecins participants ont relevé un **manque de formation initiale de leur part à ASALEE et à l'ETP**, qui pourrait être une entrave au fonctionnement d'ASALEE.

En effet, nos résultats indiquent que l'IDSP permet de pallier ce manque de compétences des médecins. Les IDSP ont également précisé que leur présence au sein du cabinet pouvait encourager les médecins à se former.

Ce résultat était également retrouvé dans le travail de R. Py (13). Le travail de L. Piette (38) quant à lui, mettait l'accent sur le manque de formation technique des médecins, notamment à l'interprétation des ECG et des spirométries. La thèse de Prato en 2011 (17) n'en parlait pas, les médecins interrogés avaient déjà eu une expérience en ETP.

Ce manque de formation de la part des médecins pourrait être à l'origine de difficultés chez les infirmières. Dans notre étude, les IDSP ont souligné que cela pouvait engendrer **des difficultés dans le recrutement et l'adressage des patients à l'IDSP**. Cette notion a aussi été retrouvée par l'IRDES dans son rapport en 2018 (29).

Ce manque de formation est à mettre en parallèle avec le **retard de développement de l'ETP en France**, notamment en comparaison avec la Grande Bretagne et les Etats-Unis.

L'académie de médecine dénonçait dans un rapport de 2013 (30), un déploiement insuffisant de l'ETP dont l'une des causes était le manque de formation initiale des soignants. En 2008, selon une enquête initiée par l'INPES (39), seule la moitié des établissements de formation initiale médicale et paramédicale proposaient des enseignements spécifiques en ETP. Les infirmières précisait que les jeunes médecins étaient davantage sensibilisés au concept d'ETP, ce qui prouve que l'ETP s'inscrit progressivement dans la formation médicale. Certains IFSI proposent déjà des formations équivalent 40 heures en ETP. Une formation d'ETP à l'intention des internes est en cours d'élaboration au sein du département de médecine générale de Bordeaux.

Il existe de nombreux programmes ouverts aux médecins dans le cadre de leur formation continue. Cependant, ces formations demandent aux praticiens intéressés du temps qu'ils n'ont pas forcément.

Dans notre travail, les médecins semblaient demandeurs **qu'ASALEE facilite leur formation en proposant par exemple des formations en région**, ce qui a commencé à être mis en place : plusieurs formations aux protocoles ASALEE ont été régionalisées (à Mont-De-Marsan par exemple) ; les médecins y sont conviés et indemnisés. ASALEE prévoyait en 2010 (40) la création de programmes de formation continue spécifiques à l'exercice ASALEE, en rapport avec des organismes de formation continue. Aujourd'hui, les organismes de formation continue ne proposent toujours pas de programmes spécifiques à ASALEE.

#### Relation IDSP / Médecins

- **Reconnaissance et considération du travail de l'infirmière avec perte de la hiérarchie antérieure**
- **Une collaboration efficace nécessite du temps et de l'engagement de la part des protagonistes**
- **Dossier médical partagé nécessaire pour améliorer la coopération**
- **Difficultés d'organisation des réunions d'échange, alors qu'elles semblent être primordiales pour une bonne communication et au bon travail de l'IDSP**
  - **Nécessité de faciliter les échanges entre médecins et IDSP**
- **Manque de formation des médecins, entraînant des difficultés au recrutement et à l'adressage des patients, mettant en difficulté l'IDSP**
  - **Réfléchir à des critères de recrutement des médecins à l'entrée du dispositif ? Prévoir des formations facilitées au sein d'ASALEE afin de garantir leur engagement ?**

### 2.3.2. IDSP / Patient : une relation privilégiée

- Une écoute attentive, base d'une relation de confiance

Notre étude semble montrer **une relation de confiance IDSP / patient très positive** (écoute attentive, considération, soutien psychologique). Cette **écoute attentive** aiderait le patient à se sentir plus à l'aise et à se livrer. Cette notion est au centre de la prise en charge, comme l'ont relatée les patients participants à notre étude, de même que pour A. Bouchaud dans sa thèse en 2017 qui déclare que les patients entretiennent une « relation privilégiée » avec l'IDSP (14).

Les patients semblent se sentir **considérés et valorisés**, permettant une meilleure adhésion.

Dans cette relation, l'IDSP apporterait **un soutien psychologique au patient**. Cette donnée est retrouvée par E. Dadena et M. Sader dans leur travail de thèse en 2017 (15).

Cette relation de confiance s'installerait grâce à une **approche différente de l'IDSP moins « médicale » mais avec un discours restant cohérent avec celui du médecin**. Même si pour certains patients ayant participé à la thèse de E. Dadena et M. Sader, le discours n'est pas tout à fait identique, les médecins et les infirmières n'ont pas forcément les mêmes explications à donner aux patients : « *ce n'est pas tourné pareil* ». Certains se sentaient plus libres de parler avec l'infirmière car elle est plus accessible selon eux (15). Ces idées sont globalement reprises dans la thèse d'A. Bouchaud en 2017 (14).

- Une prise en charge globale centrée sur la personne

Plusieurs patients ont apprécié le fait que la **prise en charge de l'IDSP soit globale et centrée sur leur personne plus que sur leur pathologie**, prenant en compte leur histoire et les différentes facettes de leur vie, qui s'adapte et respecte leur cheminement personnel dans le vécu de leur pathologie. De leur côté, les IDSP ont également mis en valeur cette prise en charge et ce rapport privilégié avec le patient qu'elles apprécient réaliser au quotidien.

Les autres travaux portant sur le ressenti des patients retrouvaient des résultats similaires. L'adaptation de la prise en charge à leur cheminement était également appréciée par les patients dans le travail de P. Daussin (32) par exemple.

Ce caractère global de la prise en charge ainsi que le respect de l'autonomie du patient fait partie intégrante de la prise en charge éducative et correspond aux recommandations de l'HAS (1). On constate que ce mode de fonctionnement est apprécié des patients, ce qui participe à l'efficacité de l'ETP.

- Du temps et de la disponibilité

**La disponibilité et le temps que leur accorde l'IDSP** ont été plébiscités par les patients participants. Ils ont conscience du manque de temps des médecins, ils n'ont d'ailleurs formulé aucun reproche en ce sens. Cependant, ils ont admis apprécier le temps d'écoute et d'explication pris par l'IDSP. Ils ont précisé qu'eux-mêmes n'oseraient pas vraiment se permettre de prendre ce temps avec leur médecin.

Cela montre que le manque de temps du médecin semble considéré comme normal pour les patients. On peut s'interroger sur ces représentations du médecin de la part des patients,



toujours trop pressé pour être à l'écoute, la crainte de le déranger, comme si le médecin avait toujours d'autres choses plus importantes qu'être à l'écoute de ses patients induisant une communication et une relation d'emblée verrouillées.

L'IDSP peut prendre le temps d'écouter et d'accueillir la verbalisation. Elles ont aussi exprimé leur satisfaction quant à ce temps nécessaire à leur travail. Selon elles, il s'agit d'un manque dans leur ancien (ou annexe) exercice libéral ou hospitalier.

Ce sentiment est confirmé par l'étude de la DREES en 2014 (41) qui rapportait que la proportion de salariés du secteur hospitalier déclarant devoir se dépêcher, toujours ou souvent, était de 64% en 2013, contre 46% pour l'ensemble des salariés tous secteurs confondus. Cette tendance semblait s'améliorer puisque cette proportion était de 68% en 2003, mais elle signifie tout de même que presque deux tiers des professionnels de santé ressentent une contrainte de temps dans leur travail. Une revue de la littérature réalisée par l'HAS en 2016 (42) montre que ce manque de temps détériore la qualité des soins, certaines études allant jusqu'à estimer un impact chiffré en termes de mortalité.

Tout cela révèle une souffrance de notre système de santé coïncé entre une augmentation de la demande de soins et des dépenses de santé jugées toujours trop importantes. **Les politiques de santé ont ainsi demandé aux soignants de faire plus avec moins, ce qui semble apparaître toujours plus difficile et qui conduit à une détérioration de la qualité des soins. ASALEE, en mettant ce temps à disposition pour le patient, semble donc s'installer à contre-courant de la pensée dominante de réduction des effectifs humains dans le soin.**

- Place du patient dans la réflexion sur le fonctionnement d'ASALEE

Afin de rester le plus possible au plus près des besoins des patients, des IDSP ont proposé **d'intégrer les patients dans la réflexion sur le fonctionnement d'ASALEE** en leur proposant **d'assister aux réunions de secteur**. Ils pourraient ainsi donner leurs avis et émettre des pistes d'amélioration pour le dispositif. Nous savons que dans les Landes, certains patients ont déjà participé à ces réunions de secteur des IDSP en tant que patients ressources, notamment deux patients ayant participé aux 2<sup>ème</sup> focus group de notre étude. Ces patients se sentent valorisés et pourraient servir « d'exemple » pour d'autres moins motivés dans des ateliers collectifs, ou des groupes de marche par exemple.

A l'avenir, **impliquer davantage les patients dans l'organisation d'ASALEE en recueillant leur avis semble important pour toujours garder le patient au centre de la prise en charge et rester au plus près de ses besoins**. Néanmoins, cette implication nécessite de toujours s'adapter à l'état émotionnel et psychologique, au degré d'acceptation de la maladie, aux capacités de communication et d'échanges et aux motivations de chaque patient.

Parallèlement, **une autre façon d'intégrer le patient dans ASALEE pourrait être la consultation en trinôme**. Nous y reviendrons plus tard.

### Relation IDSP/ Patient

- **Mise en place d'une relation de confiance entre l'infirmière et le patient grâce à une approche différente, une écoute attentive et du temps**
- **Prise en charge globale du patient prenant en compte tous les aspects de sa vie appréciée de la part du patient**
- **Sensation de valorisation et de considération du patient**
- **Proposition d'intégrer les patients dans le dispositif ASALEE en leur proposant d'assister aux réunions de secteur afin de faire remonter leurs avis, leurs propositions d'amélioration, tout en s'adaptant aux volontés de chacun.**

#### 2.3.3. Une nouvelle relation médecin / patient

Notre travail semble retrouver une modification de la relation médecin / patient avec un **rapport moins paternaliste, une vision moins descendante du médecin et une approche davantage centrée sur la personne dans sa globalité et pas seulement sa pathologie.**

Même si le but de l'étude de A. Bouchaud (14) n'est pas celui-là, il retrouve également ce résultat qui a été spontanément abordé par les patients même si le médecin reste le coordinateur des soins prenant en charge la santé dans sa globalité.

L'étude qualitative de l'IRDES (29) corrobore cette idée. Les patients, connaissant mieux leur maladie, ne considéraient plus leur médecin comme « autorité prescriptrice » mais plutôt comme un allié. **On se rapproche du concept d'alliance thérapeutique** (43).

Dans la thèse de A. Prato en 2011 (17), ce changement de relation faisait partie des motivations de certains médecins pour entrer dans le dispositif, certains décrivaient un épuisement de leur relation duale médecins / patients.

En revanche, les avis concernant la relation médecins / patients sont assez nuancés dans la thèse de M. Domecq en 2018 (44), où la majorité des patients n'a pas vu de changement dans la relation avec leur médecin traitant.

Néanmoins, certains patients ont verbalisé le fait de ne pas se sentir forcément à l'aise quand il s'agit de prendre des décisions thérapeutiques en collaboration avec le médecin. Cette posture dépend aussi de différents facteurs comme l'acceptation de la maladie ou encore le niveau de littératie en santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la littératie en santé correspond aux « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé » (45).

Dans leur ouvrage « La communication en santé », Richard et Lussier nous disent que pour faire de l'éducation thérapeutique, le médecin doit éviter la transmission directe descendante (de type cours magistral) et plutôt jouer un rôle d'accompagnateur, essayer de motiver le patient et l'aider à modifier son mode de vie. Il doit rester centré sur la personne, en s'adaptant à sa réalité, à ses croyances et à ses préférences. C'est en faisant cela qu'il va augmenter la motivation du patient et son adhésion (46).

**Ces données montrent que la vision du médecin par le patient évolue, la relation médecin / patient est moins descendante. La caricature du médecin omniscient, détenteur du savoir qui ordonne au patient obéissant n'est plus valable aujourd'hui. Le**

**développement de l'ETP et du travail en équipe pousse les professionnels à une démarche de soins centrée sur le patient, bouleversant les habitudes de chacun.**

**Relation médecin / patient**

- **Modification de la relation médecin / patients avec une démarche centrée sur la personne et moins paternaliste.**

2.3.4. Des difficultés dans le recrutement des patients

Concernant le recrutement des patients, les médecins sont en première ligne durant les consultations ; encore faut-il qu'ils soient bien au clair avec ce qu'est ASALEE et son fonctionnement pour pouvoir l'expliquer au patient, ce qui ne semble pas toujours le cas.

Le **discours initial du médecin semble primordial pour l'adhésion du patient**. Les infirmières ont insisté sur ce point lors de leurs focus group. Dans la thèse de A. Prato en 2011 sur l'évaluation qualitative d'ASALEE dans les Vosges, réalisée en focus group, celui-ci décrit une difficulté à adresser les patients à l'IDSP car pour les patients, le changement d'habitude est difficile à mettre en œuvre (17).

Comme nous l'avons vu précédemment dans l'analyse des résultats de l'étude DAPHNEE réalisée par l'IRDES, l'implication des médecins, l'adhésion des patients et donc le nombre de consultations de l'IDSP sont aussi liés au contexte de mise en place d'ASALEE (28).

**Dans notre étude, certains IDSP et médecins ont évoqué un manque d'automatisme de la part du médecin.** Cela est également retrouvé dans la thèse de C. Vezien réalisée en 2017 en Charente sur l'identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et IDSP : celui-ci est qualifié de « frein principal » du point de vue des médecins (31). Certains médecins recrutent quant à eux les patients qui semblent plus compliants et dont la pathologie est déséquilibrée, c'est le cas dans la thèse de R. Py (13). **Comment rendre le recrutement des patients lors des consultations avec le médecin plus automatique ?**

On peut imaginer des solutions comme mettre un rappel dans le logiciel médical si un des antécédents du patient correspondant aux différents protocoles d'ASALEE. L'affichage dans la salle d'attente pourrait aussi aider, le patient le voit lors de son attente de la consultation et peut ainsi en parler à son médecin.

Dans certains cabinets, ce sont les infirmières qui appellent directement les patients qui rentrent dans les différents protocoles ASALEE mais cela semble être moins efficace en termes de recrutement (thèse de R. Py (13)).

On peut donc penser qu'il vaut mieux privilégier le recrutement par le médecin lors des consultations avec ce dernier.

Dans notre travail, certains médecins ont supputé que ces difficultés de recrutement pourraient être liées à un problème d'acceptation de la maladie par certains patients, une proposition à des patients qui ne seraient pas au stade motivationnel adapté ou qui n'auraient

pas assez confiance en eux pour être acteurs de leur santé. Pour en savoir plus, ils proposent de réaliser une étude sur les facteurs de réceptivité à l'ETP des patients. Aucune étude n'a été retrouvée en ce sens.

Néanmoins le rôle de l'ETP n'est-il pas de s'adapter aux différents besoins du patient, qu'ils soient de l'ordre de l'auto-soin mais aussi du domaine psycho-social tels que la verbalisation du vécu ou de la représentation de leur maladie, de leurs traitements, des soignants ou du système de soin. Les freins à l'adhésion à l'ETP ne peuvent-ils pas être en lien avec leur mode de vie, leur personnalité ou leur état psychologique ? La possibilité d'échanger avec les soignants mais aussi entre patients, sur ces thématiques ne pourrait-elle pas favoriser l'émergence de ces compétences psycho-sociales, en contribuant à la progression dans l'acceptation de la maladie et dans le stade motivationnel, vers l'autonomisation du patient dans la prise en charge de la pathologie chronique ? (47)

### 2.3.5. Consultations en trinôme

Pour **faciliter la cohérence du discours** et une **meilleure appréhension d'ASALEE** par les médecins, certains IDSP et médecins participants à notre étude ont évoqué les consultations en trinômes.

Ces **consultations à trois avec IDSP et médecins** ont été proposées à certains patients participants ; leurs avis étaient assez nuancés. En revanche, les IDSP et médecins ayant participé à une consultation à trois y sont plutôt favorables et parlent même de perspectives d'avenir : les premières y voient la possibilité d'une collaboration plus proche et d'une mise en commun des idées. Pour les seconds, assister à une consultation d'ETP permettrait d'être plus en mesure de l'expliquer au patient quand on l'adresse à l'IDSP. Certains médecins se posent toujours la question du manque de temps pour organiser ce genre de rencontre.

Il en est de même dans la thèse de A. Prato qui met en avant le fait que cette consultation à trois « *permettrait de symboliser le contrat éducatif et permettrait d'augmenter le taux de recrutement des patients* » (17).

Encore une fois, il faut s'adapter au patient, celui-ci étant au centre de la prise en charge ; mais certains patients semblaient réticents à cette idée alors que d'autres semblaient plus réceptifs. Cela pourrait être envisagé et pourquoi pas généralisé à l'avenir.

#### **Des difficultés de recrutement des patients liées à :**

- **Un manque d'automatismes du médecin avec un oubli d'adressage ?**
  - **Proposition de mettre en place un rappel dans le logiciel médical**
- **Un déni du patient de sa pathologie ou un refus de se rendre acteur de sa santé ?**
  - **Proposition de réaliser une étude des facteurs de réceptivité à l'ETP**
- **Dans tous les cas, une cohérence du discours entre médecin et IDSP est nécessaire pour favoriser la bonne adhésion du patient**
  - **Proposition : réaliser des consultations en trinôme afin de faciliter la cohérence du discours et une meilleure appréhension d'ASALEE de la part des médecins. Peur d'une perte de liberté d'expression pour les patients : proposer ces consultations en trinôme avec un médecin autre que leur médecin traitant.**

## 2.4. Un changement des pratiques

### 2.4.1. Une évolution de la pratique de la médecine générale

- La délégation de tâches en médecine générale

Les médecins participants ont pour la majorité **valorisés la délégation de tâches** qui permet selon eux, un **gain de temps** menant à une **amélioration des pratiques**. Certains ont dit que sans ASALEE, ils ne feraient pas d'ETP. Cet engouement pour la délégation de tâches se retrouve dans les travaux de R. Py (13), C. Vezien (31) et L. Piette (38). De même, la plupart des patients ont exprimé un avis favorable sur cette délégation de tâches. Ils ont conscience du temps qu'elle libère pour les médecins.

L'étude de l'IRDES évaluant l'impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et IDSP ASALEE sur l'activité des médecins (48) a montré que ce travail en équipe génère **des gains d'efficacité en termes de productivité des médecins généralistes** en comparaison avec l'exercice libéral mono-disciplinaire. L'instauration de cette coopération permettrait aux médecins de déléguer certaines tâches à l'IDSP pour **voir davantage d'autres patients** (augmentation du nombre de patients en file active), agrandir sa patientèle (augmentation du nombre de patients dont il est médecin traitant). Une autre explication évoquée dans ce rapport pourrait être que la qualité des soins fournie par cette coopération soit supérieure à celle en dehors de toute coopération. De ce fait, les patients auraient moins besoin de consulter et le médecin pourrait donc recevoir plus de patients qui n'avaient jusqu'à alors pas accès à ses services. Dans les deux cas, ces gains sont importants dans le recours aux soins primaires pour les patients au vu de la démographie médicale.

Enfin, dans l'étude qualitative DAPHNEE réalisée par l'IRDES (29), les médecins engagés dans ASALEE prônent la délégation de tâches car elle leur apporte du **confort d'exercice, de la qualité et de la sécurité dans leur travail**, certains allant même jusqu'à dire **qu'elle les protège du risque de burn-out**. Les plus impliqués dans le dispositif précisent qu'ASALEE les a amenés à modifier leurs pratiques : déléguer la démarche éducative leur a permis d'être plus disponibles pour répondre à des motifs de consultation souvent multiples ou d'atteindre plus rapidement les objectifs de suivi de chaque patient. Ils évoquent une optimisation de leurs interventions.

**Toutes ces données montrent une perception très positive de la délégation de tâches. Cependant, en dépit de leur motivation à déléguer, les médecins ont tout de même évoqué certaines difficultés ou interrogations suscitées par ce type de coopération.**

- Bouleversement identitaire du médecin généraliste

Dans notre travail, certains médecins ont mis l'accent sur la **réorganisation de leur pratique professionnelle induite par leur participation à ASALEE**. Un des médecins était plutôt optimiste en considérant la délégation de tâches comme une **réponse au manque de médecins**. Cependant, un autre **craignait la disparition de l'aspect humain** et relationnel du métier par la délégation des activités d'éducation. Seul l'aspect technique de la profession persisterait. Un des médecins disait : « *Donc nous on va être des ouvriers, des stakhanovistes de la prescription* ».

Plutôt habitués à un mode de réflexion individuel sans avis extérieur, avec une prise de décision solitaire et un rapport avec le patient traditionnellement assez vertical, les médecins ont été amenés à partager leurs raisonnements en prenant en compte celui de l'IDSP. La plupart se sont dits à l'aise et ont plutôt apprécié cette analyse de pratiques collective. Néanmoins, certains ont verbalisé des sentiments de remise en question, des ressentis de jugement sur leur travail de la part de l'IDSP.

Les propos des IDSP semblaient parfois montrer un **manque d'adhésion de la part de certains médecins**, avec des **difficultés à changer leurs habitudes**. **Le vieillissement de la population médicale serait une des causes de cette réticence**. Certains patients avaient beaucoup de mal à comprendre que certains médecins refusent de participer à ASALEE alors qu'ils y voient un rôle sur la santé publique.

Ces idées se retrouvent dans la thèse de A. Nagy (49) qui évoque le **bouleversement identitaire du médecin généraliste** que provoque cette délégation de tâches et ce travail en équipe. Les médecins craignaient une **activité moins variée et une baisse progressive de leurs connaissances provoquées par la délégation à d'autres** de certaines pathologies.

Cependant, d'après les premiers rapports de l'IRDES en mars 2018 suite à l'étude DAPHNEE, évaluant l'expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières ASALEE, menée par la DSS et la CNAM (50), les **IDSP interviennent plus en complémentarité qu'en substitution**. Elles sont mobilisées sur une grande diversité de tâches selon une grande hétérogénéité de fonctionnement des binômes. ASALEE opère donc un double changement : de la pratique individuelle vers la pratique collective, de la délivrance de soins vers l'adaptation aux besoins du patient.

Les médecins s'inquiétaient de l'introduction d'une troisième personne dans leur relation médecin-patient qui pourrait provoquer une « perte de pouvoir » ou perte de contrôle du médecin considéré jusqu'alors comme l'interlocuteur privilégié voire unique en matière de soins. Dans cette étude qualitative de l'IRDES (29), un des médecins décrivait bien le défi que représentait l'engagement dans ASALEE pour un médecin : *« Avec ASALEE, le médecin est dans une conduite de changement, c'est-à-dire que d'une posture haute, il faut qu'il passe dans une posture de collaboration... de la verticalité, il faut qu'il passe dans la transversalité. Ce n'est pas simple, on a été élevés à être les chefs, les meilleurs, les décideurs et donc, il faut accompagner les médecins dans le changement. »*

Dans son rapport (30), l'Académie Nationale de Médecine précisait que la formation à l'ETP provoquait également une remise en question de la pratique du soignant, de façon similaire à la délégation de tâches et le travail en équipe : *« la formation à l'ETP est vécue comme une véritable transformation identitaire par les soignants. Cette « mutation » n'est possible que s'ils sont prêts à partager leur pouvoir médical (la toute-puissance de « celui qui sait et dirige les soins »).* »

Cela semble montrer que la médecine générale est en train d'évoluer. En dehors du travail de A. Nagy, ces freins plutôt idéologiques à la délégation de tâches ne sont pas ou peu évoqués dans les autres travaux portant sur le ressenti des médecins sur ASALEE. C'est

probablement à cause d'un biais de sélection de ces études puisque tous les médecins interrogés étaient adhérents à ASALEE et donc majoritairement favorables à ce type de collaboration.

L'étude de la DREES de 2014 (21) a montré que seulement 30% des médecins généralistes interrogés en 2012 se disaient favorables à des coopérations avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches.

**Toutes ces données montrent qu'il persisterait encore des freins à la délégation de tâches et sont en accord avec les résultats de notre étude.**

**Une étude qualitative sur les freins à la délégation de tâches chez des médecins généralistes non adhérents ou ayant cessé une activité de collaboration pourrait être intéressante.**

**De même, une réévaluation de la part des médecins généralistes favorables à une coopération ou une délégation de tâches serait intéressante pour connaître l'évolution des pensées et confirmer un éventuel changement de la vision de la médecine générale.**

- Freins à l'adhésion des médecins à ASALEE

A ces freins plutôt idéologiques à la délégation de tâches s'ajoutent d'autres difficultés auxquelles est confronté le dispositif ASALEE dans son développement.

Le changement de pratiques que le protocole de coopération ASALEE induit peut repousser certains médecins pour plusieurs raisons : l'introduction d'un nouveau professionnel au sein d'une « équipe traitante » peut bouleverser les habitudes des médecins généralistes habitués pour la plupart à travailler seuls. Ce travail d'équipe, même s'il est désiré et souhaité par de nombreux médecins, demande du temps, de la patience et de la motivation. Il implique aussi une remise en question de ses pratiques qui peut être difficile pour des médecins généralistes exerçant depuis longtemps.

L'ETP reste peu développée en médecine ambulatoire en France et la majorité des médecins généralistes a été peu ou pas formée (cf. 2.2.1)

Ces différents obstacles à la mise en place d'ASALEE, qui sont abordés dans d'autres parties, sont dans la majorité des cas surmontés grâce à la motivation des protagonistes d'ASALEE. Mais ils sont parfois à l'origine de **difficultés de recrutement de médecins généralistes**, éprouvées notamment par les infirmières qui ne trouvent pas de collaborateurs pour s'installer comme IDSP ASALEE.

**Les IDSP interrogées décrivent ensuite une certaine hétérogénéité d'implication parmi les médecins adhérant au dispositif.** Ceci peut s'expliquer par le fait que certains ne s'engagent pas individuellement mais en tant que membres d'un cabinet candidat à ASALEE, sous l'impulsion d'un collègue, comme décrit dans le travail qualitatif de l'IRDES (29).

Ce **manque d'implication peut être source de dysfonctionnements dans la coopération entre IDSP et médecins** susceptibles de diminuer l'efficacité d'ASALEE. L'oubli d'adressage des patients ou les difficultés d'organisation des réunions d'échanges, abordés précédemment, en sont des exemples.

**Pour pallier ces difficultés, les IDSP ont proposé une présentation d'ASALEE aux médecins par une infirmière accompagnée d'un médecin référent qui serait plus à même de comprendre et répondre aux interrogations de ses pairs.**

Une **lettre de motivation** est depuis peu demandée aux médecins qui souhaitent intégrer le dispositif.

Les **IDSP de notre étude insistent également sur le développement des formations à l'ETP qui peut favoriser l'adhésion des médecins à ce type de coopération.**

Ces idées se retrouvent dans l'analyse qualitative de l'IRDES (29) qui, en plus d'encourager leur montée en compétence, proposait une réflexion sur des **critères de recrutement des médecins à l'entrée du dispositif.**

#### Evolution de la médecine générale

- **Perceptions positives de la délégation de tâches qui permettraient :**
  - **Un gain de temps et donc une possibilité de voir plus de patients, ceci pourrait donc être une réponse au manque de médecins**
  - **Une amélioration des pratiques avec la mise en place de l'ETP**
  - **Un confort d'exercice, de qualité et de sécurité, protégerait du risque du burn out**
- **Manque d'adhésion de certains médecins à ASALEE plurifactoriel :**
  - **Un bouleversement des pratiques avec un travail en équipe et une remise en question personnelle**
  - **Une crainte de la disparition de l'aspect humain dans sa relation avec le patient, d'une activité moins variée et d'une baisse des connaissances**
  - **Un manque de formation à l'ETP**
- **Propositions :**
  - **Réaliser une étude qualitative sur les freins à la délégation de tâches chez des médecins non adhérents**
  - **Encourager la formation à l'ETP**
  - **Réfléchir à des critères de recrutement des médecins dans ASALEE**

#### 2.4.2. IDSP, un nouveau métier

Le rôle de l'IDSP change considérablement de celui d'une IDE libérale ou hospitalière. Globalement, cette transition vers ce nouveau « métier » se fait assez naturellement. Les infirmières se sont dites **satisfaites** de leur travail. Comme décrit précédemment, les médecins et les patients reconnaissent leur compétence et leur légitimité dans leur nouveau rôle.

Cependant, certaines IDSP interrogées ont verbalisé un **manque de confiance initial** dans leur nouveau travail, ce qui est retrouvé dans l'étude qualitative de l'IRDES (29).

Elles ont pu ressentir des **craintes de perdre leurs compétences en soins**, en particulier pour les gestes techniques. Certaines semblaient même éprouver un certain **ennui** par rapport à leur activité précédente, notamment en début d'activité et en particulier lorsqu'il existe un problème de recrutement de la part du médecin.

Néanmoins, en particulier lors du début de l'activité ASALEE, certaines infirmières commencent par un temps partiel et conservent une partie de leur autre activité en parallèle. Comme le rapport de l'IRDES le précise (29), elles peuvent exercer dans ASALEE à temps



plein, ou partiel, sous statut salarié ou libéral, en exclusivité ou en conservant un ou plusieurs autres emplois.

Une des difficultés ressenties par les IDSP, assez préoccupante, était celle **de recevoir les plaintes et souffrances** des patients. En effet, la prise en charge globale du patient les amène parfois à être confrontées à des souffrances profondes chez les patients. Les infirmières ont unanimement décrit un sentiment de manque de compétences, pouvant être source d'angoisse, d'une remise en question voire d'une autodépréciation. Certaines ont confié s'être senties seules.

Ces données sont un exemple des difficultés éprouvées par les infirmières dans leur nouveau rôle. Le seul travail ayant également étudié le ressenti des infirmières est l'étude qualitative de l'IRDES (29). Il évoque la **lourdeur des responsabilités** que concentre l'infirmière ASALEE : d'une part celle de proposer aux patients une aide qui leur soit utile tout en gagnant la confiance du médecin, d'autre part être le moteur essentiel du développement de pratiques pluriprofessionnelles au sein de leur lieu de travail.

Les infirmières interrogées dans notre travail ont souligné **l'importance des échanges entre professionnels notamment au cours des réunions de secteur**, l'étude de l'IRDES les décrit comme un lieu qui peut aider à briser l'isolement et à partager leurs difficultés.

Cependant, cette organisation est fragile et en dépit d'une structuration très progressive de l'association ASALEE, le soutien aux IDSP semble être insuffisant. Ces difficultés doivent être prise en compte par la direction d'ASALEE pour éviter les souffrances au travail.

Des IDSP de notre travail ont évoqué la récente mise en place d'un **comité de santé et sécurité au travail au sein d'ASALEE**. Il a été intégré au comité social et économique (CSE) au début de l'année 2020 mais existait déjà depuis la fin de l'année 2018. Le CSE est composé de l'employeur et de délégués du personnel qui se réunissent tous les mois. Une des commissions du CSE est chargée de la santé, la sécurité et les conditions de travail à laquelle deux des infirmières participantes à notre étude appartiennent. Cette commission est obligatoire pour toutes les entreprises de plus de 300 salariés. Les membres du CSSCT sont spécialement formés pour l'exercice de leur fonction. Cette commission a toute son importance pour surveiller l'état de santé et les conditions de travail des IDSP qui sont en constante évolution. La pérennité du dispositif en dépend.

#### Nouveau métier d'IDSP

- **Satisfaction globale avec considération et valorisation de l'IDSP pour sa compétence et sa qualité de travail par le médecin et le patient**
- **Mais quelques difficultés :**
  - **Crainte d'une perte de leurs compétences en soins notamment au niveau de gestes techniques et crainte d'un certain regret de leur profession antérieure**
    - **Proposition : possibilité de conserver une activité mixte (ASALEE et libéral)**
  - **Manque de confiance initial avec une difficulté à recevoir les plaintes et souffrances des patients, sensation de solitude et d'isolement**
    - **Mise en place d'un comité de santé et sécurité au travail au sein d'ASALEE**

### 2.4.3. Des nouveaux protocoles de coopération IDSP / médecin

Devant l'efficacité ressentie d'ASALEE, **certains médecins de notre travail souhaiteraient développer leurs compétences avec d'autres missions comme le dépistage des scoliozes, la prise en charge de l'asthme, ou des troubles de l'apprentissage chez les enfants.**

Ceci a été retrouvé dans plusieurs autres travaux réalisés antérieurement. En 2011, A. Prato (17) avait déjà noté une volonté de la part des médecins de développer d'autres missions telles que le dépistage des cancers, la psychiatrie, la prévention des chutes chez les personnes âgées, la vaccination, l'addictologie, le dépistage des troubles du langage et du comportement chez l'enfant, de promouvoir l'ETP de groupe avec la mise en place d'ateliers pratiques. En 2017, C. Vezien (31) avait elle aussi retrouvé cette notion avec une volonté de développer des compétences en dépistage de syndrome d'apnée du sommeil (SAS), suivi de l'asthme, et la réalisation des pansements.

Dans certaines régions, ces missions se développent petit à petit. Certaines IDSP des Landes proposent maintenant des **groupes de marche**, ou des **ateliers collectifs d'ETP**. En 2007, H. Mosnier-Pudar s'est appuyée sur une revue de la littérature de la Cochrane Collaboration et sur d'autres études pour montrer le bénéfice de l'éducation thérapeutique en groupe (51). D'après cet article, la prise en charge en groupe apporte une émulation et les patients changent plus facilement leurs comportements, entraînés par leurs pairs. L'éducation thérapeutique a une efficacité similaire qu'elle soit en groupe ou individuelle d'après les quelques études les comparant et l'auteur conclut qu'elles sont complémentaires et non exclusives.

En 2016, J. Lambey, IDSP ASALEE (52), a montré lors de son mémoire que le dispositif ASALEE avait tout à fait son rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge du syndrome d'apnées du sommeil (SAS). Le SAS est un facteur de risque cardiovasculaire important à prendre en charge et sous-estimé dans la population générale. Dans son mémoire, l'IDSP dépistait les personnes susceptibles d'avoir un SAS à l'aide de questionnaires simples et reproductibles comme l'échelle de somnolence d'Epworth et le questionnaire de Berlin, puis le médecin faisait réaliser la polygraphie respiratoire. Lors des diagnostics de SAS, les patients étaient réadressés à l'IDSP ASALEE afin de poursuivre la prise en charge et notamment l'éducation thérapeutique, très importante dans cette pathologie. L'ETP peut trouver son intérêt dans l'apprentissage des règles hygiéno-diététiques pour favoriser la perte de poids et dans la réalisation d'un accompagnement psychologique et éducatif et dans l'aide à l'observance de la pression positive continue (PPC) pour en favoriser l'acceptation et ainsi la réussite.

Dans certaines régions, les infirmières ont été formées par le réseau REPPPOP (53) pour la prise en charge de l'obésité chez les enfants.

L'ARS du Grand Est (54) est en cours de réflexion concernant le suivi de l'insuffisance cardiaque par les IDSP ASALEE.

Localement et à l'initiative des médecins et des IDSP, nous constatons donc l'ouverture possible à de nouveaux protocoles, en plus des missions définies dans le protocole ASALEE et en restant dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient dans les pathologies chroniques,

**Cependant, certains médecins de notre étude craignaient une insuffisance de compétences des IDSP si on élargissait trop leurs domaines d'activité.**

Dans la littérature, notamment dans la thèse de C. Vezien (31), on retrouve une réticence de certains médecins à une délégation de tâches trop importante. Avec une trop grande autonomie, ils craignaient que l'IDSP outre passe ses compétences et aussi de voir leur responsabilité légale engagée.

On peut se demander si le statut d'infirmière de pratiques avancées pourrait répondre à cette problématique. Ce point est développé plus loin dans notre travail.

**De leur côté, plusieurs IDSP de notre étude souhaitaient également pouvoir limiter le nombre de missions transverses.** Elles craignaient une perte de temps et donc une perte de lien avec le patient en augmentant de plus en plus le nombre de ces missions.

Dans le rapport de l'IRDES (29), les IDSP soulignent également cette difficulté et la nécessité de définir un périmètre d'action de leurs missions afin de ne pas être submergées.

**Une bonne coordination entre le médecin et l'IDSP semble être essentielle pour le bon fonctionnement d'un projet, en prenant en compte les volontés de chacun pour développer d'autres missions.**

**L'organisation de cette délégation de tâches doit rester propre à chaque binôme. Elle se construit sur du long terme et peut se réinventer en permanence autour de tâches nouvelles qui se construisent avec des ajustements quotidiens. Cette souplesse est permise par le fonctionnement d'ASALEE qui laisse une certaine autonomie à ses protagonistes.**

#### De nouveaux protocoles de coopération IDSP / médecins

- Possibilité de mise en place de nouveaux protocoles (SAS, obésité, insuffisance cardiaque) localement avec une volonté de la part des médecins d'élargir les compétences des IDSP, ce qui est déjà fait dans certaines régions
- Crainte de certains médecins et des IDSP d'une insuffisance de compétences et de temps suite à une délégation de tâches trop importante. Souhait des IDSP de se concentrer sur leur mission première : l'ETP
  - Organisation propre à chaque binôme avec ajustements quotidiens en fonction des motivations de chacun

#### 2.4.4. Système holocratique : forces et faiblesses

ASALEE est une **association à but non lucratif** fonctionnant sur le principe de l'**holocratie**. Contrairement à un système oligarchique, l'holocratie (55) consiste en un management horizontal, où **chaque partie** du tout, dont elle dépend, est **autonome et décisionnaire**. Il n'y a pas de chef à proprement parler. L'organisation n'est pas pyramidale, mais plutôt circulaire à la manière de nénuphars qui constitue des unités de bases. L'unité est constituée de l'IDSP et ses médecins et a des rôles proches ; tout un chacun peut se voir attribuer d'autres rôles (tel que les missions transverses). Dans ce système, chacun devient responsable de sa mission, il n'y a pas de manager, ni même d'expert vers qui se tourner. C'est au sein de réunions dites « de gouvernance » que les problèmes sont évoqués. Ce système se fonde donc sur le principe de « **l'intelligence collective** ».

Il se dit que « dans ASALEE, c'est le patient le patron ». Les IDSP et médecins qui sont au contact des patients, vont pouvoir identifier les besoins globaux de l'association (organisation de formations, de sujets de recherche, d'émergences de nouveaux thèmes de travail...). Une équipe d'ingénieurs fournit un support logistique et administratif à cette activité (relations avec les institutions de tutelle et les bailleurs, gestion du personnel, mise en lien de projets émergents et des projets innovants, mise en lien de groupes de travail, organisation de la logistique des formations internes...). Un conseil d'administration est la structure décisionnelle finale.

Ce système semble adapté à ASALEE puisqu'il favorise un certain **dynamisme** entre les différents acteurs, **supprime le rapport hiérarchique** et permet une grande **autonomie**. Il permet de favoriser la **collaboration** en impliquant toutes les personnes. L'holocratie permet de faire émerger la capacité d'innovation et le potentiel collectif de l'organisation. Dans ASALEE, ce sont donc les « acteurs de terrain » (médecin et infirmière) qui assurent les fonctions essentielles, ce qui est la clé du succès.

Dans notre travail, **des IDSP signalent les limites de cette holocratie avec un sentiment de défaut de structure et de cadre**. Pour elles, cette autonomie peut mener à des abus avec une absence de contrôle des temps de travail.

Le SNIIL (Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux) (56) précise qu'en signant la convention, l'IDSP s'engage à remplir les missions qu'on lui a confiées et à faire ses heures sans surveillance par des instances. Tout se base donc sur la notion d'engagement.

Certaines IDSP nous ont dit souffrir de cette autonomie où les limites de leurs actions peuvent être floues comme le confirme l'IRDES dans son rapport de 2018 (29).

Afin de leur venir en aide, des ressources sont mises à disposition par l'association ASALEE en passant par une organisation territoriale et nationale (figure 34 ci-dessous). Le rôle des réunions de secteur, par l'échange et l'analyse de pratiques qu'elles impliquent, est également primordial comme le souligne le rapport de l'IRDES (29).

Certaines IDSP peuvent aussi s'investir dans l'association : des fonctions rémunérées de référentes sont confiées à certaines pour des activités transversales, structurantes pour le dispositif, en termes de fonctionnement quotidien et de réflexion sur son avenir. Elles peuvent faire remonter les plaintes et observations des différentes IDSP relevées lors des réunions de secteur et ainsi continuer à faire évoluer l'organisation du système.

**Les IDSP ont donc tout à fait leur rôle à jouer afin d'améliorer la structure d'ASALEE en s'y investissant tout comme les médecins peuvent les aider en devenant « référent régional ».**

La question est donc : est-ce que ce fonctionnement en holocratie qui fait la force d'ASALEE pourra perdurer dans le temps avec l'extension de l'association ?

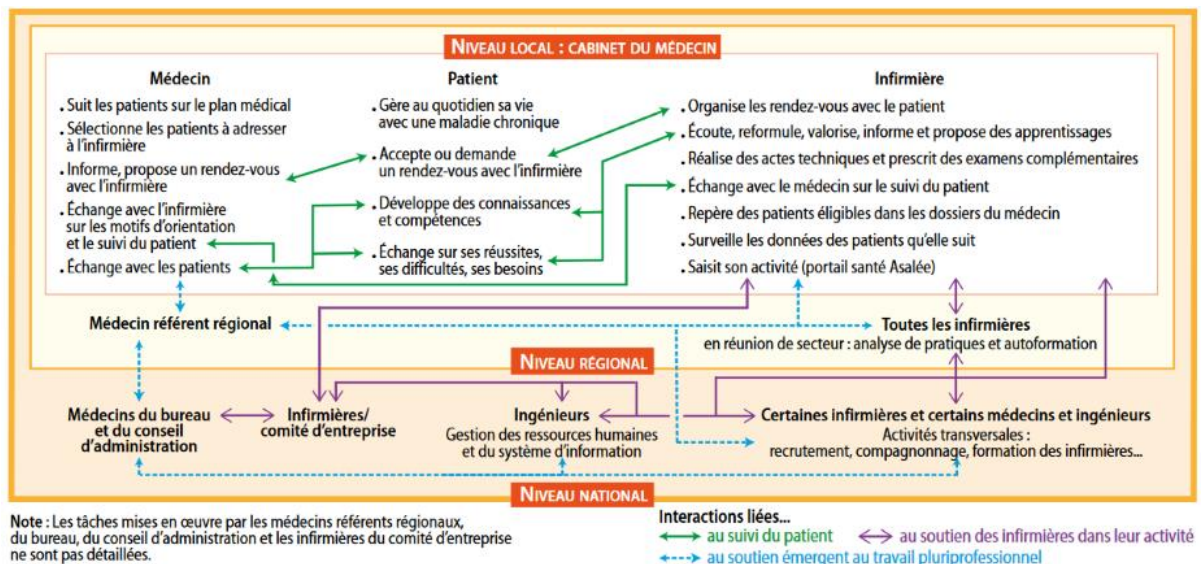


Figure 34 : Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif ASALEE en 2017

### Holocratie

- ASALEE → Structure associative à but non lucratif fonctionnant sur le principe de l'holocratie
- Favorisant un dynamisme entre les différents acteurs, leur collaboration, et l'autonomie de chacun, permettant une suppression du rapport hiérarchique
- Limites de l'holocratie : sentiment de défaut de structure et de cadre, les limites de leurs actions sont floues
  - Organisation territoriale et nationale avec possibilité pour tout le monde d'intervenir dans l'association afin d'en améliorer le fonctionnement

## 2.5. Les effets positifs ressentis

### 2.5.1. Évaluation médico-économique d'ASALEE

Nos résultats retrouvent le ressenti d'une **amélioration des résultats clinico-biologiques (perte de poids, amélioration de l'HbA1c)** de la part des différents protagonistes.

L'efficacité du protocole ASALEE a déjà été montrée en termes d'économie sur les dépenses de santé. Deux évaluations montrent **l'intérêt médico-économique d'ASALEE dans la prise en charge du diabète de type 2** :

- En 2008, une étude de l'IRDES menée par Bourgueil montre un effet significatif sur la diminution du taux d'hémoglobine glyquée chez les patients suivis et un meilleur taux de réalisation des examens de suivi et cela sans coût majoré pour la sécurité sociale (10).
- Une autre en 2010, réalisée par le Conservatoire National des Arts et Métiers montre une réduction de 10% de la consommation de soins sur un an des patients diabétiques de type 2 suivis par ASALEE dans les Deux-Sèvres de 2007 à 2009 par rapport à un groupe témoin. Les patients utilisaient aussi moins de transports

sanitaires, avaient moins recours aux spécialistes et étaient moins hospitalisés. Mais une augmentation du nombre d'examens complémentaires prescrits a été notée (57).

Aucune autre étude n'a été retrouvée concernant l'efficacité d'ASALEE sur les autres tâches attribuées aux IDSP.

L'étude DAPHNEE réalisée par l'IRDES en 2019 (48) a évalué l'impact du dispositif ASALEE sur l'activité des médecins sur trois indicateurs : le nombre de jours travaillés, de patients rencontrés et d'actes. L'étude a montré un effet positif mais relativement modeste du dispositif ASALEE concernant le nombre de jours travaillés par les médecins et un effet plus marqué sur le nombre de patients rencontrés et inscrits dans la patientèle en tant que médecin traitant. En revanche, aucun effet significatif n'a été mis en évidence sur le nombre de consultations et de visites. La dernière partie concernant les résultats pour le suivi et les parcours de soins des patients est toujours en cours (11).

Dans sa thèse sur l'évaluation du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans les Landes, E. Tardits décrit une différence significative avant et après suivi par une IDSP ASALEE sur la réalisation de 6 critères de suivi du patient diabétique sur 7 (12). Le dosage HbA1c, EAL, microalbuminurie, le fond d'œil, l'électrocardiogramme et le test au monofilament sont significativement plus réalisés par les patients suivis par ASALEE, ce qui révèle une nette amélioration dans le suivi du patient.

Plus récemment, O. Gault a réalisé une thèse sur l'évaluation et la comparaison de la qualité de suivi des patients diabétiques de type 2 entre une MSP avec IDSP ASALEE (celle de Samadet) versus un cabinet de groupe classique en Charente-Maritime en 2019 (58). Il retrouve des résultats similaires à E. Tardits. Il met aussi en avant deux nouvelles variables sur le suivi de patients diabétiques : une plus grande tendance à la pratique d'une activité physique régulière et un traitement de fond moins lourd pour les patients suivis dans une structure adhérente à ASALEE. On peut logiquement supputer une diminution du risque iatrogénique et des économies pour notre système de santé.

Néanmoins B. Gay précise en 2020 dans la Revue du Praticien que les preuves d'efficacité clinique de l'ETP sont limitées. Par exemple, pour les maladies cardio-vasculaires responsables d'une morbi-mortalité importante et qui sont ciblées par un grand nombre d'actions d'ETP, les résultats retrouvés ne concernent que des critères intermédiaires et non pas cliniques. Pour prouver cette efficacité, des études concernant l'amélioration de la morbi-mortalité sont indispensables. Toutefois, ce manque de preuve sur des critères cliniques ne doit pas remettre en cause l'intérêt de l'ETP car tous les acteurs impliqués dans la démarche éducative constatent ses bienfaits sur les patients et perçoivent une amélioration potentielle de la maladie (59).

### 2.5.2. Autonomisation du patient

Notre travail montre qu'avec un suivi médecin/IDSP, des **patients arrivent à devenir plus autonomes et acteurs de leur prise en charge.**

Ceci est aussi retrouvé dans la thèse de E. Dadena et M. Sader : le caractère non obligatoire du suivi qui rendrait le patient acteur de sa santé (15). Elles font un parallèle avec l'addictologie, en citant O. Cottencin et C. Bence, respectivement professeur de psychiatrie et addictologie, « *la contrainte n'est pas une motivation suffisante pour engager des soins : celui qui oblige aux soins vise l'arrêt de la consommation alors que le patient souhaite l'arrêt de la contrainte.* » (60).

Les bons résultats motivent le patient (amélioration ou stabilisation des analyses biologiques, perte de poids etc...) dans une dynamique de **renforcement positif**, concept utilisé en entretien motivationnel par exemple, défini par William R. Miller et S. Rollnick, psychologues et professeurs d'université aux Etats-Unis et au Royaume-Uni comme un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (61). Ce **renforcement positif est également un des outils de l'ETP** (62).

Nous pouvons faire un parallèle avec **l'empowerment du patient**, concept qui place le patient au centre de sa prise en charge, en en devenant l'acteur. (63) « *Les patients ne se font plus soigner, ils se soignent* ». Marie-Georges Fayn dans son travail sur « *L'empowerment des patients : de l'empowerment individuel au collectif* » analyse les leviers de ce nouveau concept. Elle le définit comme « *la montée en compétence des personnes, la maîtrise de leur maladie, leur capacité à collaborer avec les autres et au-delà, une capacité à parfois, produire des solutions, ce qui peut conduire à la transformation du système de santé voire de la société* ». La vulnérabilité individuelle des malades se transforme en puissance collective ; par exemple, les patients séropositifs ou ceux souffrant de maladies chroniques comme le diabète ont été les pionniers de ce mouvement, d'abord au sein d'associations, mais aussi désormais sur internet. Elle a aussi observé plusieurs phases dans l'empowerment des patients : d'abord d'ordre communautaire (appartenance à un groupe qui partage vécu et expériences) puis plus collaborative (élaboration de ressources utiles au groupe). Pour elle, l'expérience de ces patients apporte une dimension nouvelle à l'approche médicale de certains problèmes de santé, « *la collaboration ouverte avec le patient est la voie de l'avenir* » (64).

Il est aussi nécessaire d'aider les professionnels de santé à l'accueil des patients « empowérés », qui n'est pas facile. On passe alors vers un empowerment des équipes, donc des médecins et des IDSP, chose qu'ASALEE souhaite mettre en avant.

Cependant **certains patients de notre travail n'ont pas trouvé d'intérêt ou d'efficacité à ASALEE**. Pour eux, le travail réalisé avec l'IDSP ne leur apportait pas d'informations supplémentaires. La prise d'un traitement répondait mieux à leur problème qu'un changement de leurs pratiques.

Pour certains médecins, ceci serait dû au fait que la démarche ETP n'est pas adaptée à tous les patients. Tous les patients ne sont pas prêts à devenir acteurs de leur santé et à rentrer dans cette démarche. Cette notion a été retrouvée dans le travail de E. Dadena et M. Sader (15) où, pour certains patients, le changement étant difficile, ils auraient besoin d'un suivi plus directif.

Ainsi, il serait peut-être intéressant, comme souligné par certains médecins participant à notre travail, **d'étudier les « facteurs de réceptivité à l'ETP » des patients ou bien de**

**réaliser un travail sur le ressenti des patients sur leur volonté à devenir acteur de leur santé.**

### 2.5.3. Diminution des thérapeutiques médicamenteuses

Un des effets d'ASALEE serait une **tendance à la dé-prescription ou désescalade médicamenteuse.**

Cette idée a créé un débat chez les médecins présents lors des focus group. Certains d'entre eux ont déjà diminué le traitement de leurs patients, d'autres ont utilisé cet argument pour faire adhérer le patient au dispositif. D'autres semblent plus dubitatifs sur l'intérêt que pourraient y trouver les patients qui ne prennent pas encore de traitements médicamenteux.

**Pour certains médecins présents, une étude de la représentation de la maladie chez les patients serait intéressante pour évaluer leurs ressentis et leurs représentations concernant cette possible dé-prescription.**

Selon Richard et Lussier dans leur ouvrage « *La communication professionnelle en santé* » (46), les représentations du patient sur la maladie et les médicaments dépendent non seulement du contexte social et culturel dans lequel les patients évoluent, mais également de leur histoire et leurs expériences. Les croyances individuelles peuvent correspondre à des croyances collectives qui varient d'un groupe à l'autre, d'une culture à l'autre, d'une famille à l'autre. Il est donc important de préciser à quel type de groupe appartient le patient en question. On peut faire le parallèle avec la médication dont la représentation des patients peut changer : par exemple, le médicament est vu comme mécanisme de régulation, comme rappel de la maladie, comme légitimation du rôle de malade ou encore comme expression de soutien etc... On peut donc comprendre qu'en fonction de là où se place le patient, l'arrêt ou la diminution des traitements peut être complexe.

De plus, l'approche actuelle de la médecine occidentale est « une maladie, un médicament ». Le fait de diminuer les traitements nécessite d'adopter une autre approche. Là où notre médecine se penche sur l'entité nosologique, son mécanisme et sa cause, les médecines traditionnelles interrogent davantage les conditions personnelles et spatio-temporelles du patient (65). Cette opposition existait déjà dans l'antiquité : Hippocrate considérait l'individu dans son intégrité physique, dans sa vie et son environnement, la maladie résultait pour lui d'un dérèglement de l'équilibre constitué de ces différents éléments : c'est avant tout la personne qui est malade. Alors que pour Galien et son école, ce type d'équilibre n'existe pas ; le corps est un tout, constitué de parties ; la maladie s'attaque à une de ces parties : elle doit être traitée. La pensée de Galien est davantage orientée vers la maladie que vers le malade. Aujourd'hui encore, la pensée et la pratique médicales oscillent entre ces deux pôles : médecine de la personne et médecine de la maladie (50). Mais actuellement, les deux visions de cette médecine sont mises en commun et se complètent. Dans son article, Albano nous fait remarquer que les patients chroniques ne passent pas facilement de « avoir » à « être ». Dans la majorité des cas, ils préfèrent « avoir » une maladie chronique, ce qui peut signifier que la maladie chronique leur est imposée et épargne leur être. Apprendre que l'on « a » une maladie chronique est relié au fait que l'on « est » malade. Les soignants doivent donc choisir attentivement leurs mots quand ils annoncent une maladie chronique au patient pour la première fois. (66)



Le parallèle peut être fait avec le fait de diminuer les traitements. Dans ce cas, les patients peuvent parfois être très « attachés » à leur traitement médicamenteux car associé à une pathologie qu'ils « ont ». Accepter de les diminuer équivaut peut-être à accepter qu'on « est » malade, indépendamment des traitements que l'on suit.

La thèse d'A. Bouchaud en 2017 étudie le cas des diabétiques de type 2 dans le nord des Deux-Sèvres (14). Globalement, il observe que les patients sous mesures hygiéno-diététiques seules font attention à leur alimentation et habitudes de vie pour ne pas avoir de traitement. Les patients sous anti-diabétiques oraux seuls acceptent bien leur traitement mais redoutent le passage à l'insuline. Les patients ont pris conscience de l'impact des règles hygiéno-diététiques et de l'activité physique sur leur diabète et ont peur d'une escalade thérapeutique et/ou des complications du diabète. Il constate que le déclencheur externe à cette prise de conscience pourrait être l'IDSP ASALEE.

**Un des objectifs de la prise en charge par ASALEE pourrait donc être pour le patient une stabilisation voire une diminution de ses traitements.**

#### 2.5.4. Conclusion

Dans notre étude comme dans la littérature, ASALEE semble montrer des bénéfices pour les patients avec amélioration de leur suivi, de leurs analyses biologiques et une diminution de leur traitement. Il y a également des bénéfices pour les médecins avec une approche différente de la médecine par la délégation des tâches, et pour les IDSP au travers d'une valorisation, d'une nouvelle compétence en éducation thérapeutique et d'une autonomie nouvelle dans leur travail.

**Certains médecins et certains patients de notre étude se sont posés la question de l'absence de motivation de la part de certains médecins réticents à intégrer ce dispositif.**

**Il serait intéressant de mener une étude pour répondre à cette question avec des médecins, des IDE libéraux ou des patients à qui on aurait proposé ASALEE et qui ont refusé d'intégrer le dispositif. Cela pourrait constituer un travail de thèse en miroir.**

## 2.6. L'avenir d'ASALEE dans le système de soins

### 2.6.1. Préserver la prise en charge et le financement complet par l'Assurance Maladie

Initialement financé par l'URML de Poitou-Charentes, le dispositif a trouvé au fur et à mesure de nouvelles sources de financement : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, (FAQSV) devenu Fonds d'Intervention de la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), puis Fonds National pour la Qualité et la Coordination des Soins (FNQCS) en 2009 lors de l'extension en Bourgogne, Lorraine et Rhône-Alpes, et expérimentation de nouveaux modes des rémunérations de 2012 à 2014. Entre 2015 et 2018, ASALEE bénéficiait d'un financement dérogatoire par l'Assurance Maladie (67). Puis, ASALEE a été intégré à la loi de financement de la sécurité sociale en 2018 (68).

**Dans notre travail, la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie avec dispense d'avance des frais semble être un point très important du point de vue des patients et des médecins.** Elle garantit un accès universel, indépendamment des revenus.

On retrouve ce même résultat dans la thèse de E. Dadena et M. Sader (15) et de M. Domecq (44) ou encore dans le travail de M. Sorel (69) dont les patients interrogés déclaraient qu'ils auraient été plus réticents à accepter cette prise en charge s'ils avaient dû payer.

### 2.6.2. ASALEE et les acteurs privés

**Dans notre étude, certains médecins ont émis l'hypothèse que des acteurs privés comme l'industrie pharmaceutique ou les assurances privées pourraient menacer la pérennité et le développement d'ASALEE.**

Jusqu'en 2009, l'industrie pharmaceutique et biomédicale a apporté une aide aux structures pour concevoir les programmes, financer les formations, aider à la conception et à l'impression de documents pédagogiques ou encore financer des associations de patients ou des prestataires de service, sans toutefois que cette activité soit juridiquement encadrée.

**En 2009, la loi HPST (3) a défini les limites de l'action de l'industrie pharmaceutique en précisant que « tout contact direct entre un malade et son entourage, et une entreprise se livrant à une exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit. (...).** Les programmes ou actions ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. »

Cependant, un amendement précise que : « Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions d'accompagnement aux programmes d'éducation thérapeutique dès lors que des professionnels de santé et des associations de patients élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions. » Ces actions d'accompagnement ne sont pas soumises à une validation de l'ARS, à la différence des programmes d'éducation thérapeutique qui eux sont soumis à la validation par l'ARS.

L'industrie pharmaceutique a déjà une influence sur la formation des médecins au travers de leurs interventions à l'hôpital et au sein des cabinets médicaux.

L'ambivalence de cet amendement induit le risque de laisser des firmes pharmaceutiques prendre place, par l'intermédiaire des actions d'accompagnement, dans le processus d'éducation thérapeutique des patients malgré la précaution d'interdire tout contact direct entre l'industrie et un malade et son entourage.

Il paraît donc nécessaire de faire en sorte que **le financement des programmes d'éducation thérapeutique reste public et soit pris en charge par l'Assurance Maladie.**

### 2.6.3. Les IPA

**Des IDSP et des médecins de notre étude se sont interrogés sur la place des futures IPA au sein d'ASALEE.**

En 2008, le Conseil International des Infirmières a apporté sa définition de l'IPA (70) : « L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer. »

L'OCDE a réalisé une étude en 2010 (22) sur le développement des pratiques avancées dans 12 pays développés, en se concentrant notamment sur leurs rôles dans les soins primaires. Le rôle des IPA est très développé dans certains pays comme les Etats-Unis ou le Canada où il a été introduit au milieu de la décennie 1960 ; le Royaume-Uni a aussi une longue expérience dans ce domaine. Le souhait de ces pays en développant des infirmiers plus avancés était d'améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée voire en diminution et de réduire les temps d'attente. Cette étude montre que les IPA peuvent assurer la même qualité de soins que les médecins dans une certaine gamme de services, comme le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure et le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée.

La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients, principalement parce que les infirmier(es) ont plus de temps à leur consacrer, et donnent des informations et des conseils que les médecins ne prennent pas le temps de donner.

Il n'a pas été démontré de réelle diminution des coûts. Les économies réalisées sur les salaires des infirmier(e)s par rapport aux médecins peuvent être compensées par de plus longues consultations, un plus grand nombre d'adressage de patients à d'autres médecins, et parfois à la prescription de plus d'examens.

Aucune étude n'a conclu à un impact négatif sur la sécurité du patient.

Cependant il faut évidemment garder en tête que chaque système de santé est différent, et chaque pays connaît une démographie médicale différente.

En France, en janvier 2016 était votée la loi de modernisation de notre système de santé (71). Ce texte proposait « d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique », via notamment la reconnaissance du statut d'IPA.

Le décret publié en juin 2018 (72,73) définit leurs domaines d'intervention, en libéral ou en établissement. L'IPA est formé(e) à la gestion des situations complexes. Il travaille obligatoirement avec une équipe coordonnée par un médecin et en complémentarité avec ce dernier. L'IPA peut donc assurer des missions élargies par rapport à sa pratique initiale. La décision de proposer ce suivi infirmier doit être prise par le médecin traitant.

Les domaines d'intervention d'un(e) IPA sont les suivants :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage

- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Les pathologies que l'IPA peut suivre sont les suivantes :

- Pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

Les IPA pourront exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou en assistance d'un médecin spécialiste ou en établissement de santé.

Le décret stipule explicitement que c'est le médecin, en lien avec l'IPA de l'équipe, qui décide des patients auxquels, avec leur accord, un suivi sera proposé par un IPA. Ce dernier devra en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé du patient ou une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétence. L'IPA ne peut en aucun cas initier de primo-prescription. Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (74) précise que « c'est le médecin qui doit assurer le leadership diagnostique et thérapeutique », puisqu'en effet c'est à ce dernier d'en assumer la responsabilité en cas de plainte ou de demande de réparation de préjudice. Le CNOM avait en effet exprimé des réticences quant à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle commise par une IPA.

Pour devenir IPA, il est nécessaire d'obtenir le Diplôme d'Etat d'Infirmier de Pratique avancé niveau master. Il est possible d'y accéder par validation d'acquis de l'expérience. Un infirmier peut se former pour devenir IPA lorsqu'il a acquis au minimum 3 ans d'expérience professionnelle en tant qu'IDE. Cette formation a débuté en 2018 en France, les premiers IPA commencent donc à entrer en activité en 2020.

**Des médecins et IDSP de notre étude se sont également interrogés sur la différence entre une IPA et une IDSP ASALEE. Est-ce qu'une IPA et une IDSP ASALEE pourront travailler au sein de la même structure avec les mêmes médecins ?**

Comme nous l'avons vu, l'IPA et l'IDSP ASALEE exercent tous les deux des missions élargies par rapport au métier d'IDE et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. Toutefois, les missions concernées ne sont pas les mêmes. **L'IDSP ASALEE réalise principalement l'éducation thérapeutique des patients ayant des pathologies chroniques et propose éventuellement des ateliers. L'IPA s'occupe du suivi des patients ayant des pathologies chroniques stabilisées. Il s'agit de 2 compétences complémentaires ne se chevauchant pas et pouvant œuvrer en collaboration.** On peut se poser la question du nombre d'intervenants différents pour le patient entre le médecin traitant (éventuellement ses associés ou ses remplaçants, ses internes le cas échéant), l'IPA, l'IDSP ASALEE. Néanmoins, on peut encore évoquer ici l'intelligence collective (comme l'a dit A. Einstein, « on n'est intelligent qu'à plusieurs »).

**On remarque que le statut d'IDSP ASALEE n'est reconnu nulle part sauf au sein de l'association. La formation n'est qualifiante que pour exercer au sein d'ASALEE.**

Le travail de d'A. Nagy (49) évoquait l'absence de diplôme reconnu d'infirmiers cliniciens qui pourrait permettre d'apporter davantage de légitimité à cette nouvelle compétence du métier d'infirmière.

**Le nouveau statut d'infirmière de pratiques avancées est-il la solution ? Faut-il envisager un autre diplôme d'IDE ASALEE ou d'ETP ?**

**Des études ultérieures lors de la mise en place des IPA pourraient nous en apprendre davantage là-dessus, ainsi que sur la collaboration entre IPA et IDSP ASALEE au sein d'une même structure.**

#### 2.6.4. Place d'ASALEE dans le système des soins primaires français dans l'avenir

Selon un rapport de 2017 « L'état de santé de la population en France » (75), 37% des personnes interrogées sont concernées par au moins une maladie ou un problème de santé chronique, dont 75% des personnes âgées de 85 ans ou plus. Les maladies chroniques représentent l'une des causes principales de décès et de handicap. Les prendre en charge relève donc d'un enjeu de santé publique.

Comme nous l'avons vu, les recommandations internationales de bonne pratique intègrent l'ETP aux stratégies de prise en charge thérapeutique des pathologies chroniques. Les besoins en ETP sont donc en augmentation.

Le médecin traitant y joue le rôle principal. Cependant, on constate en France une baisse de la démographie médicale. Les dynamiques démographiques des médecins et des infirmières sont particulièrement contrastées (76) : sur les 10 dernières années, les effectifs d'infirmières ont beaucoup plus augmenté que ceux des médecins (+3% en moyenne par an entre 2000 et 2016 contre par exemple seulement +0,5% en moyenne par an depuis 2005). Ainsi le nombre d'équivalents temps plein de médecins rapporté à la population devrait baisser de 18% entre 2016 et 2040, quand la densité des infirmières devrait augmenter de 40% sur la même période.

Devant cette baisse de la démographie médicale et ce besoin d'accès aux soins en augmentation, l'enjeu est de réorganiser les soins primaires pour faire face à une augmentation de la demande, tout en garantissant la qualité des soins.

La coopération entre professionnels de santé et la délégation de tâches sont deux axes de travail centraux pour l'avenir du système de santé. Ceci pourrait se faire en mettant en place des équipes de soins primaires où ASALEE aurait un rôle important en prenant en charge l'éducation thérapeutique des patients chroniques. Nous avons vu grâce aux études de l'IRDES et du CNAM qu'ASALEE avait un intérêt médico-économique en améliorant les chiffres biologiques des patients diabétiques et en montrant une réduction de la consommation de soins. ASALEE permet aussi de libérer du temps au médecin afin de voir davantage de patients.

Le développement d'autres missions, comme proposé par les médecins de notre étude, pourraient permettre une délégation de tâches encore plus importante et ainsi dégager du temps

au médecin. Tout ceci évidemment en respectant la volonté de chaque binôme et en préservant l'autonomie présente dans ASALEE.

Le développement et la promotion des maisons de santé pluridisciplinaires pourraient être une aide au développement de cette coopération interprofessionnelle en proposant des locaux adaptés aux IDSP ASALEE et en permettant une communication facilitée entre le médecin et l'infirmière.

**ASALEE semble donc être un outil approprié et performant pouvant aider à la pérennisation du système de soins primaires en France.**

**Il pourrait être intéressant de réaliser une étude en miroir de notre thèse afin de comprendre les freins à l'expansion d'ASALEE en étudiant les freins des patients, des infirmières et des médecins non adhérents à ce dispositif et d'en croiser les données.**

#### **Avenir d'ASALEE dans le système de soins**

- **Mise en place d'un lien Ville Hôpital avec l'IDSP ASALEE au centre**
  - **Proposition : présentation d'ASALEE aux structures hospitalières**
- **Menaces des acteurs privés sur l'éducation thérapeutique**
  - **Nécessité de préserver le financement complet par l'Assurance Maladie afin de garantir un accès universel**
- **Des différences entre IDSP ASALEE et IPA avec un possible rôle complémentaire**
  - **Proposition : réaliser une étude sur la collaboration entre IDSP ASALEE et IPA au sein de la même MSP**
- **Importance de reconnaître le statut d'IDSP ASALEE**
- **Place d'ASALEE dans la pérennisation du système de soins primaires en France avec l'importance de promouvoir la coopération entre professionnels de santé, la délégation de tâches, le travail en équipe afin de faire face à une baisse de démographie médicale**
  - **Proposition : réaliser une étude miroir à la nôtre afin de comprendre les freins à l'expansion d'ASALEE malgré ses preuves d'efficacité existantes**

## VIII. CONCLUSION

---

Notre étude montre une satisfaction globale des médecins, des IDSP et des patients : ASALEE permet une prise en charge éducative au plus près des patients, en médecine ambulatoire, une amélioration des résultats cliniques et biologiques, et une autonomisation des patients. Ces résultats sont possibles grâce à un travail d'équipe apprécié par les médecins et les IDSP au travers d'une coopération rapprochée et d'une délégation de tâches. La simplicité administrative d'ASALEE est saluée par les médecins.

Pour l'infirmière, il s'agit d'une nouvelle compétence centrée sur l'ETP, source de valorisation de son métier, avec une collaboration étroite avec le médecin et une relation privilégiée avec le patient.

Pour le médecin, cette pratique collaborative permet un gain de temps pouvant être à l'origine d'une l'augmentation de l'activité de prévention et/ou d'une augmentation du nombre de patients reçus, qui semblent bienvenues dans un contexte de baisse de la démographie médicale. Sa relation au patient est elle aussi transformée, avec l'adoption d'une posture éducative.

Le patient est ainsi placé au centre de la prise en charge, entouré de professionnels proches de son lieu de vie avec qui il entretient une relation de confiance. Il devient acteur dans la gestion de sa pathologie dans une dynamique d'empowerment.

Ce changement de pratiques repose sur le mode de fonctionnement d'ASALEE basé sur le principe de l'holocratie qui, en laissant de l'autonomie à chaque protagoniste, permet une meilleure adaptation aux besoins des patients.

Néanmoins, malgré un important développement et 16 années d'expérience, ASALEE semble encore présenter des faiblesses :

La communication sur le dispositif semble perçue comme insuffisante, en particulier du point de vue des patients. Les médecins semblent encore peu formés ou sensibilisés à l'ETP et certains seraient réticents à changer leurs pratiques, engendrant de fait des difficultés de recrutement dans ASALEE. Nous avons également relevé parfois un manque d'implication de ceux qui se sont déjà engagés, freinant la coopération avec l'IDSP et limitant alors la portée de son travail. Cela entraîne un sentiment d'inutilité qui a pu être éprouvé par certaines IDSP devant le peu de patients recrutés par les médecins, notamment au début de leur activité ASALEE.

Certaines IDSP ont également pu ressentir, toujours au début de leur activité, un manque de compétence et se seraient senties dépassées par leurs responsabilités. Certaines IDSP ont exprimé des difficultés à recevoir les états d'âmes des patients provoquant parfois une souffrance qui, combinée à un manque de structure hiérarchique d'ASALEE, pourrait provoquer un sentiment de solitude dans leur travail.

Des sensations de concurrence avec d'autres professionnels de santé exerçant dans la même structure ont également été évoquées.

Par ailleurs des menaces pourraient planer sur ce dispositif :

La question de la pérennité de la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie qui garantit l'accès à tous sans discrimination, apparait cruciale pour les médecins et les patients. Le système de soins français saura-t-il le conserver ? Des craintes ont été émises concernant des acteurs privés tels que l'industrie pharmaceutique ou des compagnies d'assurances (qui à ce jour ne sont pas autorisées à financer des programmes d'ETP, mais nous avons vu qu'il existait un certain flou juridique autour des actions d'accompagnement), qui pourraient ainsi profiter de la faiblesse de notre système de soins dans le domaine de la prévention.

Certains participants ont évoqué un ressenti de concurrence qui existerait entre ASALEE et d'autres programmes éducatifs en raison notamment d'un manque de coordination. Cela pourrait contribuer à réduire l'adhésion du patient.

Cependant, l'association ASALEE, qui a commencé par une démarche expérimentale et locale à l'initiative de professionnels de santé de terrain, reste novatrice et offre de nombreuses opportunités.

Elle s'inscrit dans une démarche globale qui veut développer le travail d'équipe et l'ETP en médecine ambulatoire, en constituant une « équipe traitante » centrée sur le patient dans la globalité de sa personne, plutôt que focalisée sur une prise en charge par le seul médecin traitant centrée uniquement sur la pathologie.

Elle se heurte à certaines difficultés dont les principales sont le poids des habitudes et la réticence aux changements.

D'après les résultats de notre étude, il semblerait important de **développer la formation en ETP** à la fois dans le cursus initial des professionnels de santé, mais également en formation continue. ASALEE s'implique déjà dans cette formation, qu'il serait souhaitable de développer encore davantage notamment au niveau local, pour proposer des formations régionalisées au plus près des professionnels.

Le développement d'une **communication sur ASALEE de la part des instances officielles à destination des professionnels** semblerait également souhaitable.

Une bonne communication entre médecins et IDSP est nécessaire pour une prise en charge et un discours cohérents. Elle nécessite du temps et l'implication des professionnels mais semble être favorisée par certains facteurs. Il apparait important que **l'IDSP puisse exercer dans un local dédié au sein même du cabinet. Les réunions d'échange organisées et mensualisées semblent être plus efficaces**. L'intégration des infirmières ASALEE au sein des MSP semble être plus facile et plus adaptée qu'au sein d'un cabinet d'un médecin exerçant seul. Toutes ces conditions peuvent ajouter des contraintes supplémentaires au fonctionnement d'ASALEE dont la force résidait, jusqu'à présent, dans son adaptabilité à chaque médecin pour favoriser son implantation ; mais son fonctionnement optimal nécessiterait un environnement et des conditions de travail particuliers.

**L'instauration d'une consultation en trinôme initiatique dans un but pédagogique pour le médecin** pourrait augmenter la coopération entre médecin et IDSP. In fine, elle permettrait donc une meilleure adhésion des patients.

Notre étude met également en relief **le manque de coordination entre les différents programmes éducatifs et ASALEE et plus globalement un défaut de communication entre**



**la ville et l'hôpital.** Une présentation systématique du système ASALEE aux équipes hospitalières impliquées dans l'ETP des territoires concernés pourrait être une solution.

**Le développement de nouvelles missions** (autres que diabète de type 2, facteurs de risque cardio-vasculaires, dépistage des troubles cognitifs, aide au sevrage tabagique/dépistage de la BPCO) semble être demandé par certains protagonistes tandis que d'autres proposent de renforcer et privilégier les missions actuelles de crainte de perdre en qualité. Cette question nécessite peut-être une réglementation précise, mais **préserver la capacité de création et d'innovation de chaque binôme en fonction des besoins de leurs patients selon le principe holocratique d'ASALEE semble primordial.**

L'intégration d'autres paramédicaux aux protocoles proposés semble être désirée mais se heurte au frein financier ; cette question devrait-elle être débattue au sein des instances dirigeantes d'ASALEE ?

Une **reconnaissance du statut d'IDSP** (à l'heure actuelle non valorisé par rapport à celui d'IDE) pourrait s'envisager en raison de l'arrivée des IPA, dont l'articulation avec le fonctionnement actuel d'ASALEE reste à définir.

Le bien être des membres de l'association semble important. **La mise en place du comité de santé et sécurité et conditions de travail** semble une initiative appréciable. Une précision de l'arbre hiérarchique serait peut-être nécessaire pour que chaque membre puisse contacter une personne référente en cas de difficultés.

**Tous ces résultats font suite à l'étude des ressentis de personnes majoritairement favorables à ASALEE et montrent, malgré certaines limites, une globale satisfaction de la plupart des différents protagonistes.**

**Une étude en miroir auprès des protagonistes ayant refusé ou quitté ce genre de protocole pourrait être intéressante pour tenter de préciser les freins à l'adhésion des patients, médecins et infirmières à ce dispositif.**

## IX. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 juin. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
2. Société Française de Santé Publique. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France [Internet]. 2008. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dix\\_recommandations\\_en\\_France\\_juin\\_2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dix_recommandations_en_France_juin_2008.pdf)
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
4. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques)
5. Berland, Y, Gausseron, T, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Démographie des professions de santé [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/25827-mission-demographie-des-professions-de-sante>
6. Midy F, CREDES (Centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002 [Internet]. Paris: Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé; 2003. 42 p. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=284898>
7. Berland, Y, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/index.shtml>
8. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. 2008 sept. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
9. Haute Autorité de Santé. Avis de la HAS sur le protocole de coopération : ASALEE [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee)
10. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-

- économique de l'expérimentation ASALEE [Internet]. 2008 p. 149. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2008/rap1733.htm>
11. IRDES. Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée. Protocole d'évaluation. [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/enquete-qualitative.html>
  12. Tardits É. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes [Thèse de médecine]. [France]: Université de Bordeaux; 2016.
  13. Py R, Landos C. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE: une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015 [Thèse de médecine]. Université de Limoges; 2015.
  14. Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients du nord Deux-Sèvres [Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2017.
  15. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients [Thèse de médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
  16. Gervais L-A. Le patient au cœur du protocole de coopération ASALEE: retours d'expérience et perspectives [Thèse de médecine]. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
  17. Prato A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de ASALEE Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. [Thèse de médecine]. Université Henri Poincaré Nancy 1.; 2011.
  18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
  19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
  20. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups ? *Bull Psychol.* 2004;57(471):237-43.
  21. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers, DREES. *Etudes et Résultats.* févr 2014;(873).
  22. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août. (Documents de travail de l'OCDE sur la santé). Report No.: 54. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

23. ISNAR I. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2010 juill. (ISNAR-IMG). Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
24. Chaput Hélène, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Etudes et Résultats, DREES*. janv 2020;(1140).
25. Kayser M. La médecine générale, une spécialité d'avenir. *Prat Cah Médecine Utop*. juill 2016;(74).
26. Strumpf E, Ammi M, Diop M, Fiset-Laniel J, Tousignant P. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *J Health Econ*. 2017;55:76-94.
27. Bergeron H, Moyan A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po [Internet]. Sciences Po Chaire Santé. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>
28. 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 (IRDES)*. févr 2019;(239):1-8.
29. Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé (IRDES)*. avr 2018;(232):1-8.
30. Bertin E, Reach G, Basdevant A, Corvol P, Jaffiol C. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. *Bull Acad Natle Méd*. 2013;197(9):1747-81.
31. Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente [Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2017.
32. Daussin P. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALEE: étude qualitative par entretiens individuels [Thèse de médecine]. Université Clermont Auvergne; 2018.
33. HEVA, les Asclépiades, KStat-Consulting. Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des personnes diabétiques [Internet]. 2018 févr. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Rapport\\_d\\_evaluation\\_sophia\\_d\\_iabete\\_2008-2016\\_Protocole.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_d_evaluation_sophia_d_iabete_2008-2016_Protocole.pdf)
34. Code de la santé publique - Article L1161-2. Code de la santé publique.
35. ETHNA. Projet associatif 2018-2020, version 5 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://ethna.net/association>

36. Association ASALEE. Convention locale ASALEE 2012 - 2013 [Internet]. Disponible sur: <https://library.unio-sante.fr/00/00/43/00004373-e4125815afe908ad6650f4faa3c8930a/convention-locale-asalee-v240613.pdf>
37. Association ASALEE Poitou-Charente. Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009 - Article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique [Internet]. 2010. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/Protocole\\_Cooperation\\_Asalee.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/Protocole_Cooperation_Asalee.pdf)
38. Piette L. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon [Thèse de médecine]. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
39. Foucaud J, Moquet M-J, Rostan F, Hamel E, Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. *Evolutions*. 2008;(12):1-6.
40. Protocoles de coopération de l'association ASALEE [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-2>
41. Loquet J, Ricroch L. Les conditions de travail dans les établissements de santé. In: *Le panorama des établissements de santé édition 2014*. Carmela Riposa. Paris; 2014. p. 9-30. (Etudes et statistiques, DREES).
42. Haute Autorité de Santé. Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. 2016 janv. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins)
43. Consoli SM. Alliance thérapeutique. *Ann Endocrinol*. déc 2006;67(6):645-7.
44. Domecq M. Protocole de coopération interprofessionnelle ambulatoire ASALEE et diabète de type 2: ressentis des patients sur leur prise en charge par une infirmière ASALEE, en Eure-et-Loir, dans la région Drouaise [Thèse de médecine]. Université de Tours. UFR de médecine; 2018.
45. Organisation Mondiale de la Santé Genève. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. 1999. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
46. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*. 2ème édition. Montréal: ERPI; 2016. 872 p. (Pearson).
47. Golay A, Lager G, Giordan A. *Comment motiver le patient à changer ?* Maloine; 2009. 247 p. (Collection Éducation du patient).
48. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Rev Déconomie Polit*. 2019;129(4):489.

49. Nagy A-S. Partage de suivi de leurs patients par les médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé: freins et conditions facilitatrices [Thèse de médecine]. Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
50. Afrite A, Fournier C, Gilles de La Londe J, Ménard C, Mousquès J, Rayaud D. Évaluer l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalee (Action de Santé Libérale En Equipe) - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (ASALEE) [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/actualites.html>
51. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique du patient\* et diabète de type 2 : que nous apprend la littérature? Médecine Mal Métaboliques. sept 2007;1(3):80-7.
52. Lambey J. Le SAHOS et ASALEE: ouvrir la voie [Mémoire de Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique]. Université de Besançon; 2016.
53. Le journal du centre. Coup de main pour enfants en surpoids [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.lejdc.fr/corbigny-58800/actualites/coup-de-main-pour-enfants-en-surpoids\\_13751636/](https://www.lejdc.fr/corbigny-58800/actualites/coup-de-main-pour-enfants-en-surpoids_13751636/)
54. ARS Grand Est. Impulsion du dispositif ASALEE : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>
55. Journal du net. Holocratie : définition, exemples [Internet]. Journal du net. Disponible sur: <https://www.journaldunet.fr/management/guide-du-management/1204818-holocratie-definition-exemples/>
56. Sniil. Dispositif ASALEE: une convention qui permet l'exercice libéral. Communication infirmière: le journal de l'infirmière libérale. déc 2014;(122).
57. De Kervasdoué J. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE. Paris, France: CNAM; 2010.
58. Gault O. Évaluation et comparaison de la qualité de suivi de patients diabétiques de type 2 entre une maison de santé pluridisciplinaire ASALEE et un cabinet de groupe classique [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux; 2019.
59. Gay B. Quel est le bénéfice clinique des actions d'éducation thérapeutique ? Rev Prat. 18 avr 2020;70(4):364-5.
60. Cottencin O, Bence C. Addictions : soins obligés et soins motivés. Presse Médicale. 19 déc 2016;45(12):1108-16.
61. Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. L'entretien motivationnel [Internet]. AFDEM. 2014. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>

62. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient - Comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)
63. Fayn M-G, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. Rech En Ciencias Gest-Manag [Internet]. (n°119). Disponible sur: [https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/2019/ISEOR\\_1542\\_ARTICLE\\_1\\_MIEUX\\_COMPRENDRE\\_LE\\_PROCESSUS\\_D\\_EMPOWERMENT.pdf](https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/2019/ISEOR_1542_ARTICLE_1_MIEUX_COMPRENDRE_LE_PROCESSUS_D_EMPOWERMENT.pdf)
64. Langlois G. Empowerment : « la collaboration ouverte entre médecin et patient est la voie de l'avenir » [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2020. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/325008/empowerment-la-collaboration-ouverte-entre-medecin-et-patient-est-la-voie-de-lavenir.html>
65. Médecine alternative / Médecine complémentaire / Médecine non conventionnelle [Internet]. Vocabulaire médical. 2015. Disponible sur: <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/080-medecine-alternative-medecine-complementaire-medecine-non-conventionnelle>
66. Albano MG, Barrier P, d'Ivernois JF. Avoir (une maladie) ou être (malade). Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 déc 2011;3(2):S401-5.
67. Arrêté du 23 décembre 2015 portant modification de l'arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire du protocole de coopération médecin/infirmier porté par l'association ASALEE.
68. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. 2018-1203 déc 22, 2018.
69. Sorel M. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique? [Thèse de médecine]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2019.
70. Conseil National de l'ordre des infirmiers. Infirmière de Pratique Avancée en France: position du conseil national de l'ordre des infirmiers [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni\\_pratique\\_avancee\\_2017d%C3%A9f.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf)
71. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
72. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
73. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
74. Conseil National de l'ordre des médecins. Pratique avancée : lentement mais sûrement [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018. Disponible sur:

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/pratique-avancee-lentement-surement>

75. Fourcade N, Von Lennep F. L'état de Santé de la Population en France [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2017. (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
76. Marion Bachelet, Anguis Marie. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes Résultats DREES. mai 2017;(1011):1-6.



## **X. LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES**

---

### **1. Tableaux**

Tableau 1 Caractéristiques du focus group 1 des infirmières .....	30
Tableau 2 Caractéristiques du focus group 2 des infirmières .....	31
Tableau 3 Caractéristiques du focus group 1 des médecins à la maison de santé de Samadet	56
Tableau 4 Caractéristiques du focus group 2 des médecins à l'hôpital de Mont de Marsan ...	57
Tableau 5 Caractéristiques du focus group 1 des patients .....	96
Tableau 6 Caractéristiques du focus group 2 des patients .....	96

### **2. Figures**

Figure 1 : Recrutement des infirmières de santé publique .....	33
Figure 2 : Recrutement des médecins dans ASALEE.....	35
Figure 3 : Travail en équipe .....	37
Figure 4 : Apporter l'ETP au plus près des patients .....	38
Figure 5 : La coopération IDSP / patient / médecin, une nouvelle relation .....	43
Figure 6 : Une nouvelle spécialité du métier d'IDE avec une organisation pratique particulière .....	45
Figure 7 : Un autre rapport au patient non pressé par le temps.....	48
Figure 8 : Difficultés ressenties par les infirmières.....	50
Figure 9 : Une réticence des médecins à changer leurs pratiques ? .....	51
Figure 10 : Un mode de fonctionnement ouvert .....	54
Figure 11 : L'avenir d'ASALEE dans le système de soins .....	55
Figure 12 : Découverte d'ASALEE .....	59
Figure 13 : Travail en équipe et organisation au sein du cabinet.....	62
Figure 14 : L'ETP au plus près du patient .....	67
Figure 15 : La relation médecin / IDSP.....	70
Figure 16 : Temps d'échange médecin / IDSP .....	72
Figure 17 : Une relation de confiance IDSP / Patient .....	73
Figure 18 : Difficultés d'adhésion et de recrutement des patients.....	75
Figure 19 : Consultation en trinôme.....	76
Figure 20 : Changement de la pratique médicale .....	81
Figure 21 : Mode de fonctionnement ouvert .....	83

Figure 22 : Evolution et développement de nouvelles missions pour les IDSP.....	85
Figure 23 : Effets positifs ressentis sur ASALEE .....	89
Figure 24 : L'avenir d'ASALEE dans le système de soins .....	92
Figure 25 : Les IPA .....	94
Figure 26 : Découverte d'ASALEE et communication .....	100
Figure 27 : L'ETP au plus près du patient .....	104
Figure 28 : Coopération IDSP / patient / médecin, une nouvelle relation .....	106
Figure 29 : Changement de la pratique médicale .....	108
Figure 30 : L'IDSP.....	110
Figure 31 : Une prise en charge centrée sur le patient, favorisant son autonomie.....	113
Figure 32 : Effets positifs ressentis sur ASALEE .....	116
Figure 33 : L'avenir d'ASALEE dans le système de soins .....	119
Figure 34 : Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif ASALEE en 2017 ...	148

## **XI. ANNEXES**

---

### ANNEXE 1 :

#### Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter :
  - Comment avez-vous connu ASALEE ?
  - Quelles ont été vos motivations et attentes ?
  - Ressenti initial
  
- 2) Aujourd'hui, avec un peu de recul, quels sont les avantages et points positifs du dispositif ASALEE ?
  
- 3) Quels sont les difficultés rencontrées, les points négatifs ou freins du dispositif ASALEE ?
  
- 4) Quelles seraient vos suggestions pour y remédier ?
  
- 5) Comment voyez-vous l'avenir d'ASALEE dans le système de soins français ?
  
- 6) Quels sont les autres points que vous voulez aborder ou souligner ?

ANNEXE 2 :Formulaire d'informations et de consentement pour participation à la thèse sur le ressenti des médecins, infirmières et patients sur le protocole ASALEE

Madame, Monsieur,

Vous êtes invités à participer à une étude sur le ressenti des médecins, infirmières et patients sur le protocole ASALEE, dans les Landes.

Ce document vous présente cette étude. N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs.

Pour répondre à notre question, nous réalisons des focus group (groupes de parole d'environ 6 à 8 personnes) d'une durée moyenne de deux heures. Votre avis nous intéresse car vous faites partie du protocole ASALEE en tant que médecins collaborateurs, infirmières déléguées à la santé publique ou patients ayant participé ou participant encore actuellement au protocole d'éducation thérapeutique.

Les discussions seront enregistrées de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. Tout ce qui peut permettre de vous reconnaître ou toute autre personne ou lieu sera supprimé pour assurer l'anonymat et toutes les données récoltées seront supprimées à la fin de l'étude.

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision. Si vous le désirez, vous avez la possibilité de vous faire assister par une personne de confiance pour la signature de ce formulaire, conformément à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Consentement libre et éclairé

Je soussigné (e) .....déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à : .....

Le .....

Signature : .....

Ida Etchegoyen

Laurie Pagadoy

Clément Schuck

ANNEXE 3 :

**Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées  
Ressenti des médecins, infirmières déléguées à la santé publique et patients des Landes sur le  
protocole ASALEE**

**Présentation de l'enquête**

Nous vous invitons à participer à une étude sur le protocole ASALEE dans les Landes.

Notre objectif est de recueillir votre opinion et ressenti dans le but d'évaluer et de proposer des pistes d'amélioration du protocole d'éducation thérapeutique.

Cet entretien sera enregistré, mais il restera anonyme c'est à dire que la transcription de ces données utilisera des pseudonymes et remplacera toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Vous pouvez à tout moment mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez.

**Autorisation**

Je soussigné(e) .....

- autorise par la présente Mlle ETCHEGOYEN Ida, Melle PAGADOY Laurie et Mr SCHUCK Clément à enregistrer en audio l'entretien réalisé le .....
- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous forme transcrite et anonymisée.

Lieu et date : .....

Signature :

## ANNEXE 4 :



3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr

Monsieur TUNON de LARA Manuel  
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
35 PLACE PEY BERLAND  
33000 BORDEAUX

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À  
UNE MÉTHODOLOGIE DE  
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2209881 v 0

du 19 novembre 2018

**A LIRE IMPÉRATIVEMENT**  
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.  
La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des Intéressés : Information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

**Organisme déclarant**

<p><b>Nom :</b> UNIVERSITÉ DE BORDEAUX</p> <p><b>Service :</b></p> <p><b>Adresse :</b> 35 PLACE PEY BERLAND</p> <p><b>Code postal :</b> 33000 <b>Ville :</b> BORDEAUX</p>	<p><b>N° SIREN ou SIRET :</b> 130018351 00010</p> <p><b>Code NAF ou APE :</b> 8542Z</p> <p><b>Tél. :</b> 05 57 57 18 57 <b>Fax :</b> 0557571413</p>
---	---

**Traitement déclaré**

**Finalité :** MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 19 novembre 2018  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

## ANNEXE 5 :

<b>COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MEDITERRANEE III</b>			
<b>Président: J-Y. LEFRANT Vice-Président: A-M. JOUBERT</b>			
Référence CPP à rappeler:		2019.09.02 bis_19.06.25.85733	Nîmes, le: 10 février 2020
Lors de sa séance du:		05 février 2020	Présidée par Mme ou M: J-Y. LEFRANT
En présence des membres suivants: Mmes et MM:		Membres titulaires	Membres suppléants
1 <sup>er</sup> Collège	Personnes qualifiées en recherche biomédicale	X J-Y. LEFRANT S. DROUPY D. MOTTET	C. LECHICHE R. DE TAYRAC L. GONTHIER-MAURIN
	Compétents en biostatistique/épidémiologie	X C. DEMATTEI	S. BASTIDE
	Médecins généralistes	P. SERAYET	C. GRAS-AYGON
	Pharmaciens hospitaliers	A. MOURGUES	X G. LEGUELINEL
	Infirmiers	X G. BAVILLE	A. GIRON
2 <sup>e</sup> Collège	Compétents en questions éthiques	X C. BERHAULT	V. ANTOINE
	Psychologues	X L. HERITIER	C. AYELA
	Travailleurs sociaux	P. BERTAUDON	
	Compétents en matière juridique	X E. TOULOUSE-MULLER C. ROLLAND	M. GRIT
Personnes cooptées	Représentants d'associations agréées de malades et usagers du système de santé	X A-M. JOUBERT Y. PRIOUX	A. MENSUELLE-FERRARI
	Pédiatre Spécialiste pour défaut de consentement		
Les membres suivants s'étant retirés: Mmes et MM:			
Le comité de protection des personnes Sud Méditerranée III a examiné les informations relatives à un projet référencé localement sous le numéro ci-dessus, et identifié par le numéro ci-dessous, relatif à:			Recherche interventionnelle de type 1
			Recherche interventionnelle de type 2
		X	Recherche non interventionnelle de type 3
			Utilisation d'éléments et produits du corps humain
			Collection d'échantillons biologiques
Numéro de registration:		EudraCT	ANSM 2019-A01796-51
Intitulé du projet:		* Ressenti des médecins généralistes, infirmiers et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group*	
Promoteur:		UNIVERSITE DE BORDEAUX	
Investigateur principal ou coordonnateur:		DR. AIME	
Lieu de recherche (si soumis à autorisation):			
Au titre d'une demande d'avis concernant:		X	Projet initial
			Modification substantielle N°
Dans le cadre de:			Première soumission
		X	Nouvelle soumission d'un projet modifié en réponse aux observations du comité
Date de réception du projet visé		25 juin 2019	
X	Le comité, ayant examiné ou réexaminé le projet soumis, exprime en séance plénière l'avis ci-contre:		X Favorable
	Le projet ayant fait l'objet de réserves mineures lors de la délibération initiale, et celles-ci ayant été prises en compte, le comité exprime ce jour l'avis ci-contre:		Défavorable
			Diféré
			P2P (sans 2 <sup>ème</sup> passage)
			2P (2 <sup>ème</sup> passage)
			Eclaircissements des réponses apportées
Date de prise d'effet du présent avis:		05 février 2020	
Le président:		X	Le vice-président:
			Le président de séance:
<p>Adresser la correspondance à : CPP Sud-Méditerranée 3, CHU de Nîmes, Place du Professeur Robert Debré, 30029 Nîmes Cedex 9          Téléphone : 04.66.23.64.33          Secrétaire : Mme CABRERA          e-mail : <a href="mailto:cppsudmed3@chu-nimes.fr">cppsudmed3@chu-nimes.fr</a></p>			

**COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES  
SUD MEDITERRANEE III**

**Président: J-Y. LEFRANT Vice-Président: A-M. JOUBERT**

Référence CPP à rappeler:	2019.09.02 bis 19.06.25.85733
---------------------------	-------------------------------

Le présent avis concerne spécifiquement les documents suivants:		Version n° :	En date du
<input checked="" type="checkbox"/>	Courrier de demande		25 juin 2019
<input checked="" type="checkbox"/>	Formulaire de demande		02 octobre 2019
<input checked="" type="checkbox"/>	Attestation de conformité de la demande		25 juin 2019
<input checked="" type="checkbox"/>	Protocole	1	27 avril 2019
<input checked="" type="checkbox"/>	Note d'information et consentement destinée aux patients		
<input checked="" type="checkbox"/>	Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées		
<input checked="" type="checkbox"/>	Guide d'entretien		
<input checked="" type="checkbox"/>	Questionnaire à visée épidémiologique destiné aux IDSP	1	27 avril 2019
<input checked="" type="checkbox"/>	Tableau caractéristiques patients		
<input checked="" type="checkbox"/>	Tableau caractéristiques médecins		
<input checked="" type="checkbox"/>	Déclaration conformité à une méthodologie de référence (MR03)		19 novembre 2019
<input checked="" type="checkbox"/>	Courrier réponse		16 janvier 2020

**REMARQUES**

(1) Le comité prend en considération pour sa décision les conditions de validité de la recherche au regard de la protection des personnes, notamment l'information des participants avant et pendant la durée de la recherche y compris l'adéquation, l'exhaustivité et l'intelligibilité des informations écrites, les modalités de recueil de leur consentement, les indemnités éventuellement dues, la pertinence générale du projet et l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre, ainsi que la qualification du ou des investigateurs.

(2) Quel que soit l'avis du Comité, il ne dégage pas le promoteur de sa responsabilité.

(3) Conformément à la réglementation, tout avis est transmis à l'autorité compétente et, en cas d'avis défavorable, aux autres comités.

(4) En cas d'avis différé, le promoteur est invité à transmettre au comité dans les meilleurs délais les informations complémentaires demandées et/ou le projet modifié répondant aux réserves exprimées. Il peut demander, ainsi que l'investigateur principal, à être entendu par le comité.

**MOTIVATION DE L'AVIS DU COMITE**





## **XII. SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

*Version novembre 2012*

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

---

## RÉSUMÉ

Grâce à une coopération entre médecins généralistes et infirmières de santé publique (IDSP), ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) a prouvé son efficacité chez les patients atteints de pathologies chroniques. Plusieurs études qualitatives (entretiens semi-dirigés majoritairement) ont évalué le ressenti de chaque protagoniste de cette coopération médecins / IDSP / patients, mais aucune de manière croisée.

Quel est le ressenti croisé de ces différents acteurs ? Y a-t-il des pistes d'amélioration au fonctionnement d'ASALEE ? Nous avons réalisé une évaluation qualitative croisée par méthode focus group.

Les participants ont souligné la disponibilité des IDSP, leur qualité d'écoute et leur bienveillance, leur prise en charge globale centrée sur la personne et l'établissement d'une relation de confiance favorisant l'autonomie du patient. La simplicité administrative a été saluée, ainsi que l'accessibilité, qu'elle soit financière (prise en charge intégrale par l'assurance maladie) ou géographique (réalisation d'une éducation thérapeutique en ambulatoire). Le travail en équipe semble stimulé par la coopération médecin / IDSP et favoriser un changement des pratiques médicales. Le fonctionnement holacratique confère adaptabilité aux besoins des patients et capacité d'innovation.

Un manque de communication de la part de l'association a été évoqué ainsi que des incompréhensions entre IDSP et d'autres professionnels de santé. Le manque de formation des médecins à ces nouvelles pratiques semblerait limiter leur adhésion et leur implication. Des difficultés organisationnelles et psychologiques ont été ressenties par certaines IDSP. Des questionnements sont apparus à propos de la pérennité du financement par l'assurance maladie et le rôle éventuel des acteurs privés, ainsi que sur la place des infirmières de pratiques avancées.

Les pistes d'amélioration évoquées ont concerné la communication, l'accessibilité des formations, la coordination entre les différents programmes éducatifs et l'élargissement des champs de compétences des IDSP.

---

## TITRE ET RÉSUMÉ EN ANGLAIS

**General practitioner, nurse and patient perceptions about ASALEE in Landes: crossed qualitative evaluation with focus group method.**

Thanks to the cooperation between general practitioners (GP) and public health nurses, ASALEE has proved its efficiency with chronically ill patients. Several qualitative studies (mainly semi-structured interviews) have been looking into the perception of each member of the trio (GPs, nurses or patients) but none of these has crossed their results.

What is the crossed perception of these different actors? Can ASALEE project be improved thanks to these results? We conducted a crossed qualitative evaluation by focus group method.

Participants pointed out the availability of nurses, their responsiveness and caring, their comprehensive patient-centred care. This enables a relationship of trust which promotes patient autonomy. The administrative simplicity was appreciated as its accessibility whether financial (full costs covered by the Health Care System) and geographic (therapeutic education in ambulatory care). Team work seems to be boosted by the GPs/nurses cooperation and lead to a change in medical practice. The holacratic functioning brings a flexibility to patients' needs and capacity to innovate.

A lack of communication from the association has been noticed. Misunderstandings between nurses and other health professionals are sometimes reported. The lack of training for GPs could limit their support and involvement. Some organisational and psychological difficulties have been felt by nurses. Questions about the sustainability of funding by the Health Care System and the possible role of private actors have been raised. The place of advanced practice nurses has also been discussed.

The potential improvements were about communication, the accessibility of trainings, the coordination between the different educative programs and extension of the nurse skills.

---

## MÉDECINE GÉNÉRALE

---

**MOTS-CLÉS :** ASALEE, médecine générale, coopération, délégation de tâches, éducation thérapeutique, focus group

---

**UNIVERSITÉ DE BORDEAUX, UFR DES SCIENCES MÉDICALES**