

Année 2017

2017 TOU3 1065

2017 TOU3 1066

Toulouse, le 15 juin 2017

## **THÈSE**

### **POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2017

par

Eugénie DADENA  
(née le 19 Avril 1988)

Maya SADER  
(née le 26 Février 1989)

### **Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vue des patients.**

Directeurs de thèse : Dr Jennifer PHILLIPS

Dr Marie LEMANISSIER

#### **Jury :**

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge ANE	Assesseur
Madame la Docteur Jennifer PHILLIPS	Assesseur
Madame la Docteur Marie LEMANISSIER	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

**Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
POUTRAIN Jean-Christophe

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Veronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTROYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>		<b>M.C.U. Médecine générale</b>	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan

## **REMERCIEMENTS**

**Aux membres du jury,**

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Professeurs des Universités,**

Recevez l'assurance de notre profond respect ainsi que le témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

**A Monsieur le Professeur André STILMUNKES, Professeur Associé de Médecine Générale,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail et de l'intérêt que vous avez porté à notre sujet. Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre respectueuse considération.

**A Monsieur le Docteur Serge ANE, Maître de Conférence Associé de Médecine Générale,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance et de notre plus grand respect.

**A Madame le Docteur Jennifer PHILLIPS, médecin généraliste,**

Nous te remercions d'avoir accepté de diriger ce travail, de nous avoir soutenues et aidées pendant cette période. Nous sommes infiniment reconnaissantes pour ton soutien et ta disponibilité tout au long de ces derniers mois, et ce, malgré tes nombreuses obligations professionnelles, universitaires et maintenant familiales. Tu as su nous guider avec patience, réactivité et rigueur dans ce travail et nous te remercions de ton expertise. Sois assurée de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

**A Madame le Docteur Marie LEMANISSIER, médecin généraliste,**

Nous tenons à te remercier pour ton engagement en tant que co-directrice de cette thèse. Tes conseils méthodologiques ont été essentiels. Ton investissement, ta bienveillance et tes encouragements ont été des appuis primordiaux pour consolider cette recherche. Merci pour ton accueil, ton extrême implication et ton appui sans faille. Sois assurée de notre sincère reconnaissance.

**Aux infirmières et médecins ASALEE,**

Sans vous ce travail de thèse n'aurait pu se faire. Veuillez accepter en retour notre sincère reconnaissance et nos plus vifs remerciements.

**A Monsieur Amaury DERVILLE, délégué général d'ASALEE,**

Nous vous remercions de nous avoir permis de contacter toutes les infirmières ASALEE. Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre respectueuse considération.

**Aux patients**

Sans votre disponibilité et votre partage d'expérience, ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Nous vous sommes infiniment reconnaissantes.

**Cette thèse marque la fin de ces années d'études et le début d'un nouveau cycle et c'est à ce titre que j'aimerais remercier :**

**Maya :** merci d'avoir dit oui pour ce projet un peu fou de thèse qualitative, on a réussi ! Je te souhaite un très grand bonheur pour la suite, l'installation à Lourdes approchant. Merci également à Paul et Marie pour leur gentillesse et leur accueil.

**Mes maîtres de stage :** Rosa, à qui je dois la découverte de la médecine générale, un modèle de femme et une amie ; Hélène, qui m'a guidée avec bienveillance ; Didier et Christiane qui m'ont regonflé les pneus au propre comme au figuré ; Chantal, qui m'a ouvert la voie d'ASALEE. Je ne vous oublierai jamais, et je continue à travailler à vos côtés avec autant de plaisir et de gratitude. Merci de m'avoir accueillie au sein de vos familles et à bientôt en remplacement.

**Mes parents et ma sœur,** qui m'ont tant aidé lors de ces longues années. Ils m'ont toujours soutenue et épaulée. Je les ai toujours sentis fiers et c'est probablement cela qui fait d'un enfant un adulte épanoui. Je suis heureuse que nous soyons si soudés, je vous remercie de tout ce que vous m'apportez et des racines solides sur lesquelles je suis ancrée.

**Mes amis Marseillais :** Mathilde (le Vietnam, le Portugal, le Pays Basque... mon guide du routard), Margaux (ma sœur de fac, sosie de nom de famille), Marion (tact et mesure en toute circonstance), Stéphane, Matthieu et Fêta (la tendance par définition), Alexandra, Aurélien et Mini-Eux (famille cool et moderne). Vous me suivez depuis les bancs de la Timone et m'avez beaucoup manqué pendant l'internat.

**Mes amis Tarbais** et je pense particulièrement à Zoé et feu son canapé qui m'a accueillie plus que de raison à Toulouse et à Clémence. Je reviens sur Toulouse pour perpétuer les rencontres du trio sushi.

**Mes amis Toulousains et Aveyronnais :** Claire et Anthony (pour leur accueil, leur aide et leur bonne humeur), Flore (la plus jolie des orchidées), Elodie et Andy (les meilleurs colocataires et musiciens du monde). J'attends avec impatience nos prochaines aventures.

**Enfin, Matthias** (et Pounette) : à mes côtés depuis presque la moitié de ma vie, mon plus précieux soutien. Tu es celui qui guide mes choix. La joie du quotidien et de nos projets me fait penser que ces futures années vont être encore riches en bonheur. La fin de cette thèse est un point final et un nouveau départ se profile pour nous. J'ai hâte de découvrir ce qui nous attend et de fêter la vie encore et encore comme on sait le faire. Merci d'avoir été là depuis le début et de me tenir la main, toujours.

**Eugénie**

**J'aimerais adresser mes sincères remerciements à ceux qui ont contribué à l'élaboration de cette thèse. Je tiens tout particulièrement à remercier :**

**Eugénie :** Ce travail a permis la naissance d'une belle amitié. A ton soutien dans les pires moments. Quelle chance d'avoir pu mener ce travail avec toi ! J'espère qu'on continuera à vivre de belles aventures ensemble.

Je vous souhaite, à **Matthias** et toi, tout le bonheur dans votre nouvelle vie Toulousaine.

« **Mon tonton** » **Paul :** sans toi rien de tout ça n'aurait été possible. Merci pour tout le soutien que tu m'as donné. Je n'ai pas de mots pour exprimer ma gratitude et mes sentiments. Merci !!!

**Marie :** merci de m'avoir accepté dans ta vie et d'avoir été une maman pour moi pendant toutes ces années. Jamais je ne te remercierai assez.

**Ma famille au Liban, mes parents, frères et sœurs :** je sais que vous êtes fiers de moi. C'est grâce à vous que je suis cette femme. Vous me manquez beaucoup.

**Mamie et papi :** dès le premier jour, vous m'avez accueilli et considéré de la famille. Merci de me permettre de connaître la relation de grands parents. Merci pour votre soutien.

**Ma chère Flore, Dominique :** merci d'être mes amies, je vous souhaite tout le bonheur dans vos vies et bon courage pour faire vos thèses, je suis sûre que vous allez être de super médecins.

**Sandrine, Michel et leur petite famille (Antonin, Eloïse, Hortense et Cyprien) :** vous faites partie de ma petite famille ici en France. Merci pour la confiance que vous me faites en m'intégrant dans votre résidence et pour votre implication dans mon projet.

**Sandrine, Manu et Bernard :** merci pour votre soutien, il me tarde de travailler auprès de vous dans notre superbe résidence médicale.

**Tous les maitres de stage :** merci pour votre accompagnement, apprentissage. Vous m'avez soutenu et encouragé pour être le médecin que je suis. Je vous en serai à jamais reconnaissante. Une très grande pensée à **Nathalie**, j'espère être un jour aussi attachante et investie que toi.

**Tous les internes** que j'ai rencontrés durant ces années, à tous les moments partagés ensemble. Je vous souhaite le meilleur dans vos vies.

**Victor** Merci !!!

**Maya**

LISTE DES ABREVIATIONS .....	12
INTRODUCTION .....	13
MATERIEL ET METHODE .....	15
1. Choix du type d'étude .....	15
2. Population étudiée.....	15
3. Recueil des données .....	16
3.1. Entretiens individuels semi-directifs .....	16
3.2. Le guide d'entretien et ses évolutions.....	16
4. Retranscription.....	17
5. Analyse des résultats .....	17
5.1. Analyse longitudinale .....	18
5.2. Analyse transversale .....	18
5.3. Saturation des données.....	18
6. Ethique.....	18
RESULTATS .....	19
1. Caractéristiques des participants .....	19
2. Les causes de non-participation .....	19
3. Intérêts et difficultés perçus par les patients .....	19
3.1. Satisfaction des patients .....	20
3.1.1. « L'infirmière proche des patients ».....	20
• Confiance .....	20
• « Parler fait du bien ».....	20
• Disponibilité .....	21
• Outils pédagogiques.....	21
3.1.2. « Maintenant je ressuscite ».....	22
• Amélioration globale.....	22
• Motivation .....	22
• « Ça lie des liens » .....	22
• Accompagnement au changement .....	22
3.1.3. Intérêt de Santé Publique.....	23

3.2.	Difficultés .....	23
3.2.1.	Contraintes.....	23
3.2.2.	Suivi « pénible » .....	23
3.2.3.	Changer, « c'est difficile » .....	24
3.2.4.	Futur d'ASALEE ? .....	24
3.3.	Différences médecins/ infirmières.....	25
3.3.1.	« Avec l'infirmière, on a le temps ».....	25
3.3.2.	« C'est pas tourné pareil ».....	25
3.3.3.	« C'est pas un médecin ».....	26
3.4.	Organisation du protocole.....	26
3.4.1.	Déroulement .....	26
	• « Par le biais du docteur » .....	26
	• « C'est pas obligé ».....	26
	• « C'est régulier ».....	27
	• « Gratuit ».....	27
	• « J'irai pas toute ma vie ».....	27
3.4.2.	Présentation du protocole : .....	27
	• « Vous rentrez dans le truc d'ASALEE » : .....	27
	• ASALEE, « je ne connais pas du tout » .....	28
3.4.3.	Formation des infirmières.....	28
3.5.	Travail en équipe .....	28
3.5.1.	« C'est un complément ».....	28
3.5.2.	Communication.....	29
3.5.3.	Hierarchie .....	29
	DISCUSSION .....	30
1.	Forces et faiblesses de l'étude.....	30
1.1.	Méthode qualitative .....	30
1.2.	Échantillonnage .....	30
1.3.	Recueil des données.....	30
1.4.	Méthode d'analyse.....	31
2.	ASALEE, pourquoi ça marche ?.....	31
2.1.	Ecoute et bienveillance de l'infirmière .....	31

2.2.	Accessibilité.....	31
2.3.	Le patient : acteur de sa santé.....	32
2.4.	Démarche inspirée de l’ETP .....	33
2.5.	Dynamique d’équipe.....	33
3.	L’infirmière ASALEE : la « nurse practitioner » française ? .....	33
3.1.	Les nurses practitioners à l’étranger .....	34
3.2.	ASALEE : Infirmière de Santé Publique (IDSP) .....	35
4.	Freins à l’expansion .....	36
4.1.	Les freins des médecins .....	36
4.2.	Les freins des infirmières.....	37
4.3.	Freins pour les patients .....	38
4.4.	Méconnaissance d’ASALEE.....	38
	4.4.1. Historique.....	38
	4.4.2. Méconnaissance.....	39
5.	ASALEE : une solution pour l’avenir .....	40
5.1.	Intérêts médico-économiques.....	40
5.2.	Réorganisation des soins primaires .....	41
	CONCLUSION .....	42
	REFERENCES :.....	43
	ANNEXES .....	47

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CNAM : conservatoire national des arts et des métiers

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

ECG : électrocardiogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : infirmier (ère) diplômé(e) d'état

IDSP : infirmière déléguée à la santé publique

IRDES : Institut de Documentation en Economie de la Santé

## INTRODUCTION

En France, les protocoles de coopération entre professionnels de santé, notamment la délégation des tâches et le transfert des compétences des médecins généralistes vers les infirmiers, sont encouragés par les pouvoirs publics pour garantir l'accès aux soins et en améliorer la qualité. En effet, le problème de la démographie médicale, le développement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population imposent une évolution de l'organisation des soins primaires (1–3). De nombreux pays ont créé un statut encadrant ces nouvelles pratiques comme les États-Unis et le Canada avec les infirmières cliniciennes (nurse practitioners) en 1960 ou comme le Royaume-Uni où les premières collaborations entre médecins généralistes et infirmiers datent des années soixante-dix (4).

En France, l'association ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe, créée en 2004, propose des protocoles de coopérations entre médecins généralistes et infirmiers validés par la Haute Autorité de Santé et autorisés par les Agences Régionales de Santé (5). Les protocoles dérogatoires doivent répondre à des missions spécifiques :

- Suivi des patients diabétiques de type II (rédaction et signature de prescriptions types d'exams, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds)
- Suivi des patients à haut risque cardiovasculaire (prescription et réalisation des ECG)
- Suivi et dépistage des patients tabagiques à risque de BPCO (prescription, réalisation et interprétation de spirométrie)
- Repérage et dépistage des troubles cognitifs des personnes âgées (réalisation de test mémoire).

L'Association ASALEE s'étend progressivement et compte en 2016 près de 1400 médecins généralistes et plus de 400 infirmières (dont 167 équivalents temps pleins) dans 550 cabinets répartis dans toutes les régions françaises (6).

En France, une étude cas/témoin de l'IRDES a montré qu'après onze mois de suivi, les patients ASALEE ont une plus grande probabilité de rester ou devenir bien suivis après au moins une consultation d'éducation avec un infirmier ASALEE (7).

En 2005, une étude évaluant le protocole dans le cadre du diabète a montré une amélioration de la prise en charge du diabète chez les patients suivis par les infirmières ainsi qu'une bonne

appréciation globale du protocole (8).

Le recueil du point de vue sur l'expérience ASALEE de 4 médecins d'un même cabinet vosgien par focus group a montré, en 2011, qu'ils étaient satisfaits du dispositif et favorables à la délégation de tâches malgré certaines contraintes du dispositif (temps important de coordination et de recherche de financement notamment) (9).

Une étude quantitative de 2012 a montré une baisse de la pression artérielle, de la glycémie à jeun ainsi qu'une augmentation de l'activité physique hebdomadaire chez des patients suivis dans le cadre du protocole ASALEE 88 (10).

En 2016, une étude avant/après chez 96 patients de deux cabinets médicaux des Landes a montré une amélioration du suivi des patients diabétiques de type 2 inclus dans le protocole ASALEE avec augmentation de la réalisation des examens recommandés par la HAS (11).

L'étude DAPHNEE a été débutée fin juin 2015 par l'IRDES, sur ASALEE dans le but de préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation et/ou d'une généralisation du protocole de coopération ASALEE. Les résultats sont en attente (12).

Pour le moment, aucune évaluation qualitative n'a été réalisée concernant le protocole de coopération ASALEE du point de vue des patients.

**L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intérêt et les difficultés perçus par les patients suivis dans le cadre du protocole ASALEE en Midi-Pyrénées.**

## **MATERIEL ET METHODE**

Pour répondre à notre objectif, nous avons mené une étude qualitative auprès de patients suivis dans le cadre du protocole de coopération ASALEE en Midi Pyrénées.

### **1. Choix du type d'étude**

Nous avons choisi la recherche qualitative (13) pour ce travail car l'objet de notre étude n'est pas une variable quantifiable : une méthodologie qualitative permet d'explorer le vécu et le ressenti des participants.

### **2. Population étudiée**

Les critères de sélection sont : patient majeur, ayant bénéficié d'une ou plusieurs consultations dans le cadre du protocole de coopération ASALEE en Midi Pyrénées.

Un mail d'information sur notre travail de recherche a été envoyé aux médecins et infirmiers des cabinets concernés pour leur expliquer notre démarche (annexe 1), les conditions du recrutement et notre présentation préférentielle comme « chercheurs » plutôt que comme internes, dans la mesure du possible, pour éviter une assimilation au corps médical.

Ainsi, idéalement les participants n'étaient pas informés de notre statut d'internes de médecine générale mais certains, contactés pendant que nous étions en stage dans les cabinets, étaient au courant. Le recrutement des participants a été fait par les médecins traitants des patients ou les infirmières ASALEE. Les patients ayant donné leur accord pour participer ont été contactés par l'un des deux chercheurs, par téléphone, pour organiser les entretiens.

L'échantillonnage a été réalisé par méthode raisonnée en recherche de variation maximale sur les critères suivants :

- Age
- Sexe
- Situation maritale, nombre d'enfant (s)
- Situation professionnelle
- Lieu de vie (rural, semi-rural ou urbain)
- Nombre de rencontres avec l'infirmier
- Motif du suivi ASALEE
- Médecin généraliste : nom
- Infirmier ASALEE : nom

Ces caractéristiques ont d'abord été recueillies en fin d'entretien au début de la recherche pour éviter de commencer par des questions fermées. A l'usage, il semblait plus adapté de poser ces questions en début d'entretien, à l'oral, pour faire connaissance avec le participant et le mettre en confiance. La taille de l'échantillon n'était pas définie à l'avance car dépendait de la saturation des données. (cf infra)

### **3. Recueil des données**

#### **3.1. Entretiens individuels semi-directifs**

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens individuels semi-directifs.

Les entretiens avec les participants se sont déroulés au cabinet médical ou à domicile, sur rendez-vous à un horaire de leur choix. Une présentation orale de l'étude puis un formulaire de consentement écrit ont été donnés en début d'entretien (annexe 2).

Les entretiens étaient enregistrés grâce à l'application « Dictaphone » pour téléphone iPhone© et tablette iPad©, avec la permission du participant (annexe 3). Il leur était rappelé que les entretiens étaient anonymisés dans notre travail final. Lorsque l'enregistrement était accepté, l'appareil était posé sur la table.

#### **3.2. Le guide d'entretien et ses évolutions**

Les entretiens semi-dirigés étaient basés sur un guide d'entretien (annexes 4 et 5) qui comportait initialement 6 questions ouvertes et des relances éventuelles si des questions restaient en suspens. Il avait été réalisé à partir de recherches bibliographiques exploratoires et interrogeait : le mode d'entrée dans le protocole, le déroulement du ou des entretiens, les attentes préalables des participants, les changements perçus suite au suivi notamment en ce qui concerne la relation médecin/patient, les différences identifiées entre la prise en charge du médecin et celle de l'infirmière, la vision du participant sur l'organisation du suivi et la coopération. Les questions fermées étaient évitées au maximum pour laisser le participant s'exprimer.

Ce guide a été modifié au fil de l'étude en fonction des réactions des participants notamment la compréhension des termes utilisés mais aussi pour éviter d'induire certaines réponses.

Le terme « coopération » a ainsi été changé après le premier entretien pour laisser place aux notions de « relation » et « échanges » plus utilisées dans le vocabulaire courant. « Comment

préférez-vous que le suivi se fasse ? » a ainsi été modifié dès le quatrième entretien en « que pensez-vous de l'organisation du suivi ? ».

A la fin du second entretien, nous avons jugé bon d'évaluer les connaissances des participants sur le protocole ASALEE, en ajoutant « que connaissez-vous d'ASALEE ? ». En effet nous avons été confrontés à des questions des participants dès la phase de recrutement et à la lecture des formulaires de présentation et de consentement.

Après le huitième entretien, l'ajout d'une question d'ouverture nous a été conseillé et l'entretien se clôturait par : « Quel est votre suivi idéal ? ». Cette question utilisée lors de 4 entretiens a donné peu d'informations nouvelles et ne suscitait pas l'ouverture escomptée.

Un recentrage du guide vers les difficultés, besoins et manques ressentis par les participants en se rapprochant de la problématique de l'intérêt et difficultés du protocole de coopération nous a semblé nécessaire pour les trois derniers entretiens. Le participant était également invité à proposer des suggestions pour enrichir la prise en charge dans ce même but.

#### **4. Retranscription**

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité le plus tôt possible après l'entretien, mot-pour-mot, en tenant compte des éléments non-verbaux y compris les silences et des événements perturbateurs (sonnerie de téléphone par exemple), sur support informatique grâce au logiciel Microsoft Office Word© 2016. Chaque entretien était retranscrit par le chercheur qui l'avait réalisé et vérifié par le second chercheur à l'aide de l'enregistrement.

Les participants étaient informés des méthodes d'anonymisation :

- les noms seraient remplacés par des lettres (le plus souvent X)
- les infirmières et médecins seraient mentionnés par le numéro de l'entretien (ide 1 et Dr 1 pour l'entretien 1).
- les lieux seraient remplacés par un terme générique (l'hôpital, la grande ville...)

Les interventions du chercheur étaient en gras, celles du participant en non gras et enfin celles d'une tierce personne intervenant dans l'entretien, en italique.

#### **5. Analyse des résultats**

Les données ont été analysées de manière thématique, manuellement, grâce au logiciel Microsoft Office Excel© 2007.

### 5.1. Analyse longitudinale

L'analyse est d'abord longitudinale, entretien après entretien avec description du contexte directement après les entretiens permettant d'observer les conditions de recherche et d'analyser notre propre démarche d'enquêteur (ressenti personnel « à chaud »).

### 5.2. Analyse transversale

Une analyse plus fine a été réalisée après retranscription en reformulant la réalité exprimée par le participant et en découpant ainsi l'entretien en « unités de sens » auquel est attribué un « code ». Les codes sont ensuite intégrés dans un tableau Excel ou chaque code est associé à un extrait de l'entretien ou verbatim (annexe 6). L'étape suivante est la catégorisation qui regroupe les « codes » en fonction de leurs caractéristiques communes. Ces catégories sont regroupées ensuite en thèmes.

La validité de l'analyse des données était assurée par triangulation des chercheurs et des méthodes de recueil. Chaque chercheur analysait indépendamment les entretiens et le directeur de thèse apportait une triple lecture.

### 5.3. Saturation des données

Les entretiens ont été interrompus lorsqu'ils n'apportaient plus d'informations nouvelles, c'est la saturation des données.

## 6. Ethique

Le Comité d'Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette étude le 30/06/2016 (annexe 7).

Un travail de réflexivité a été réalisé pour limiter l'impact de nos propres représentations.

## RESULTATS

### 1. Caractéristiques des participants

8 lieux de soins ont été contactés en Midi Pyrénées et 7 ont permis de recruter des participants. 15 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés de mai à décembre 2016. Ils ont duré de 24 à 69 minutes.

### 2. Les causes de non-participation

Les raisons évoquées par les patients et rapportées par l'infirmière ASALEE n'ayant pas inclus de participant étaient : « je n'ai pas envie, je n'ai rien à dire, je ne suis pas intéressé, je n'ai pas le temps... ».

Les caractéristiques des participants sont disponibles dans le talon sociologique (tableau 1)

<i>P</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Situation maritale</i>	<i>Nombre d'enfants</i>	<i>Lieu de vie</i>	<i>Situation professionnelle</i>	<i>Nombres de rencontres IDE</i>	<i>Motif</i>
<i>P1</i>	30 ans	F	Mariée	1 enfant	Urbain	Médecin généraliste	10	Surpoids et FDR CV
<i>P2</i>	66 ans	F	Divorcée	3 enfants	Urbain	Retraîtée (professeur des métiers de la mode)	10 à 12	Surpoids et FDR CV
<i>P3</i>	62 ans	F	Mariée	1 enfant	Rural	Retraîtée (restauration collective)	>20	Surpoids, FDR CV, asthme
<i>P4</i>	51 ans	F	Concubinage	1 enfant	Urbain	Responsable commerciale	5 à 6	Surpoids et FDR CV
<i>P5</i>	31 ans	H	Célibataire	1 enfant	Urbain	Horticulteur au chômage	5 à 6	Addiction
<i>P6</i>	64 ans	H	Divorcé	2 enfants	Rural	Retraite (agence de formation, juriste)	>10	FDR CV
<i>P7</i>	62 ans	H	Marié	11 enfants	Urbain	Maçon en invalidité	>5	Diabète et surpoids
<i>P8</i>	52 ans	H	Marié	2 enfants	Rural	Maçon/ carreleur en invalidité	>10	Surpoids et FDR CV
<i>P9</i>	29 ans	F	Concubinage	2 enfants	Rural	Livreuse boulangerie	2	Sevrage tabac
<i>P10</i>	72 ans	F	Mariée	2 enfants	Rural	Retraîtée, aide- ménagère et restaurant	>10	Diabète
<i>P11</i>	38 ans	H	Célibataire	0 enfant	Urbain	Comptable en recherche d'emploi	6	Surpoids
<i>P12</i>	54 ans	H	En couple	1 enfant	Urbain	Chauffeur d'engin de travaux publics	10	Diabète et FDR CV
<i>P13</i>	32 ans	H	Célibataire	0 enfant	Rural	Cariste	3	BPCO et sevrage tabac
<i>P14</i>	78 ans	F	Veuve	0 enfant	Semi- Rural	Femme de ménage	2	BPCO
<i>P15</i>	54 ans	H	Marié	2 enfants	Rural	Transport de produits de santé	>5	BPCO FDR CV Addiction

**Tableau 1 : Talon sociologique.**

P : participant ; F : femme ; H : homme ; FDR CV : facteurs de risque cardiovasculaires ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; IDE : infirmière diplômée d'état

### 3. Intérêts et difficultés perçus par les patients

L'évaluation des intérêts et des difficultés perçus par les patients suivis dans le cadre du

protocole ASALEE en Midi-Pyrénées a mis en évidence quatre grands thèmes : la satisfaction des patients, les difficultés ressenties, les différences identifiées entre le suivi du médecin traitant et de l'infirmière ASALEE et enfin leur vision du déroulement du suivi.

### **3.1. Satisfaction des patients**

La satisfaction globale des participants suivis par les infirmières ASALEE était l'élément essentiel qui ressortait de tous les entretiens. Pour les participants, les principaux intérêts du protocole ASALEE étaient les compétences de l'infirmière et les bénéfices ressentis sur leur qualité de vie.

#### **3.1.1. « L'infirmière proche des patients »**

Plusieurs participants ont évoqué les composantes qui étaient essentielles dans la qualité du suivi et les compétences des infirmières ASALEE sont apparues comme majeures dans leur adhésion au protocole.

- **Confiance**

Les qualités relationnelles des infirmières ont permis de mettre en confiance les participants, ils se sentaient rassurés :

« puis très humaine et puis je sais pas, pff, beaucoup plus, ..., beaucoup plus près des, des patients quoi » (L410-411) P2

Le suivi a été décrit par certains comme non directif, sans agressivité ni jugement et qualifié d'accompagnement :

« on sait que la directivité ne fonctionne pas, par contre on travaille beaucoup sur ce qu'on appelle l'accompagnement, et je pense que IDE 6 l'a aussi bien compris [ ...] sait qu'elle est là, c'est la personne non directive, elle suggère. » (L16-20) P6

- **« Parler fait du bien »**

Le suivi a apporté une écoute active et bienveillante, un soutien, parfois psychologique au patient :

« que ça a été un lieu de soupape, je pense qu'au bout d'un moment ça s'est un peu transformé plutôt en soutien psychologique » (L80-81) P1

- **Disponibilité**

Les capacités d'adaptation de l'infirmière en ce qui concernaient les lieux, les horaires, étaient souvent consultées comme motif de satisfaction et de renforcement de la motivation :

« Là ça m'a motivé parce qu'elle peut se déplacer, elle peut venir après mes heures de boulot, si ça peut apporter quelque chose ben qu'elle vient moi je ne peux pas faire autrement » (L319-320) P13

Certains participants notaient d'ailleurs la proximité et la disponibilité de l'infirmière malgré la dispense d'avance des frais :

« c'est vrai que j'étais très surprise de pouvoir aller librement, de l'appeler quand j'ai besoin euh, tout ça sans euh, sans contrepartie quoi hein. » (L47-48) P4

- **Outils pédagogiques**

Les infirmières s'accordaient aux attentes des participants et convenaient avec eux des actions à mener :

« je ne crois pas qu'il y a vraiment de conseil parce que c'est moi qui mets des objectifs, elle me dit voilà OK on voit ça là, elle ne va pas me dire il faut viser plus haut, on va aller jusque-là et après une fois là on voit la suite quoi » (L213-215) P13

Les infirmières n'avaient pas toutes les mêmes méthodes et utilisaient des outils différents comme la mise en place d'un groupe de marche ou d'activité physique adaptée :

« **Comment ça se passe ?** C'est un coach sportif. **D'accord, qui fait partie de, de ...** (m'interrompt) euh oui d'ASALEE, j'ai le papier. » (L67-68) P11

Des infirmières ont proposé aux participants d'assister à des séances d'éducation thérapeutique à l'hôpital, hors du cadre d'ASALEE. D'autres s'appuyaient sur des cahiers ou des feuilles d'enquête alimentaire :

« **Et du coup ce cahier ça vous aide ?** Oui ça m'aide, oui, oui parce que je vois qu'est-ce que je fais tout ça, oui, oui, c'est surtout pour elle, elle voit ce que je fais. » (L320-322) P8

Un participant a abordé la possibilité que l'une d'elles l'accompagne pour faire des courses, un autre a ajouté qu'une des infirmières était sophrologue.

### 3.1.2. « Maintenant je ressuscite »

- **Amélioration globale**

Des participants ont rendu compte de l'amélioration ressentie et des résultats obtenus suite à la prise en charge :

« C'est vrai que je suis beaucoup moins essoufflée que j'étais auparavant » (L88-89) P3

« Ces consultations, ça a changé ma vie. Et moi je me retrouve comme j'étais avant. Comme je l'ai dit, moi j'ai l'impression de revenir à 40 ans » (L285-286) P2

- **Motivation**

Certains témoignaient de la motivation apportée par ces résultats :

« Moi je me sens bien je suis motivée et j'ai envie d'aller plus loin quand même par ce que y'a du résultat derrière j'obtiens des résultats avec la personne » (L324-325) P13

- « Ça lie des liens »

Pour quelques participants le suivi engendrait une rupture de l'isolement :

« Ça fait un peu une communauté en plus, ça lie des liens avec d'autres personnes de tout genre, parce qu'il y a plus que le diabète. **Oui.** Alors quand on est en groupe comme ça et ben, chacune on se raconte notre petit truc et machin et voilà puis ça fait un groupe » (L225-228) P10

- **Accompagnement au changement**

Les conseils apportés par les infirmières pour changer les habitudes de leurs patients ont été longuement abordés en entretien :

« les petites techniques qu'elle me donne, se sont un peu insinuées sans que j'y fasse attention » (L131-132) P1

La manière d'apporter les conseils a également été soulignée par certains :

« Quant aux conseils ils sont classiques, elle a rien inventé IDE 6, sauf sa manière de s'y prendre qui lui est propre » (L68-70) P6

Parfois l'application des conseils a perduré malgré l'arrêt du suivi avec l'infirmière :

« Mais bon j'ai continué à suivre ses conseils de toute façon. **Ah, oui. D'accord. Donc ça veut dire que ces conseils, ils vous convenaient ?** Eh oui, et puis que de toute façon, ça m'a aidé, que de toute façon. » (L136-138) P11

Certains ont repris une activité physique :

« **vous pouvez me dire, qu'est-ce que ces entretiens ou ce suivi avec ide 10 ont changé pour vous ?** Le train de vie quand même, le train de vie. Vous voyez, je ne serais jamais allée à la gym, pour marcher » (L219-221) P10

### **3.1.3. Intérêt de Santé Publique**

Selon certains le suivi permettait d'éviter des dépenses de santé en réduisant les hospitalisations et les complications :

« je préfère être suivie par ASALEE et faire attention maintenant comme je fais attention plutôt que me retrouver à l'hôpital [...] grâce à mon médecin et grâce à ASALEE, et à IDE 2, mais peut être que, on va m'éviter aussi de gros soucis de santé. » (L593-597) P2

Certains souhaitaient, à ce titre, la généralisation du dispositif :

« je trouve que s'il pouvait l'étaler partout ça sera très bien » (L216) P3

## **3.2. Difficultés**

Des interrogations sur la persistance du protocole, les limites de son application et son utilité ont été abordées par des participants.

### **3.2.1. Contraintes**

Des participants ont évoqué des difficultés à concilier leur activité professionnelle avec le suivi et l'exécution des conseils :

« enfin bon comme j'étais pris dans euh le, le malstrom professionnel voilà, j'ai un peu lâché quoi.» (L116-117) P6

### **3.2.2. Suivi « pénible »**

Certains participants ne ressentait pas de besoin ou d'intérêt pour le suivi :

« **Et est-ce que les consultations étaient pénibles ou pas, en elles-mêmes ?** Euh, ben moi j'avais pas spécialement besoin donc euh, pour moi, ça m'était pénible » (L103-104) P5

Un participant a mentionné une obligation de suivi par la justice (ce même participant disait que le suivi lui avait été conseillé par son médecin) :

« Elle m'a dit vous avez, enfin pas à disposition mais vous pouvez voir une infirmière et même je vous conseille de voir une infirmière. » (L61-62) P5

« **Dans votre cas par exemple vous lui parler de quoi ?** (Silence, hésite) euh, moi dans mon cas j'étais obligé donc je parlais pas non plus, je parlais pas spécialement. (...) Ah, ben du moment, on le prend pas de la même manière, quand on est obligé. **D'accord, vous êtes toujours obligé ?** Ah, non ! Moi, ça fait longtemps que je vais plus voir l'infirmière. **Vous n'y allez plus parce que vous n'êtes plus obligé ?** Non, moi j'ai jamais eu besoin d'aller voir une infirmière. **D'accord.** C'est pour ça que j'étais même étonné que Dr X m'a demandé. » (L79-88) P5

### 3.2.3. Changer, « c'est difficile »

Des difficultés à appliquer les conseils et à changer les habitudes ont parfois été identifiées :

« j'essaie de me tenir à ce qu'elle me, à ce qu'elle m'a, on va dire proposé mais c'est pas facile, c'est difficile, très difficile. » (L150-151) P4

Certains auraient souhaité que le suivi soit plus directif :

« mais j'aimerais bien que ça bouge un peu et je pense que, je trouve que la prise en charge est super mais peut-être il faudrait que ça soit un peu plus directif sur certains points » (L203-205) P1

### 3.2.4. Futur d'ASALEE ?

Quelques participants ont montré des inquiétudes sur la pérennité du suivi :

« j'espère qu'il y aura et que il y'aura une suite [...] bon c'est pas évident. J'espère qu'ils vont pas la supprimer » (L585-586) P2

Certains se questionnaient sur le financement et se déclaraient gênés par la gratuité :

« c'est un truc en plus. Mais moi je sais pas comment ils font pour s'en sortir parce que euh, quand même. Je trouve que tout travail mérite salaire » (L557-558) P2

Quelques-uns ont fait allusion à des limites à l'accessibilité de l'infirmière :

« elle est vite pleine » (L88) P1

### **3.3. Différences médecins/ infirmières**

Les entretiens mettaient souvent en évidence une différence dans le temps de la consultation, dans le discours et les compétences entre le médecin et l'infirmière.

#### **3.3.1. « Avec l'infirmière, on a le temps »**

Des participants ont parlé de la différence de durée des consultations en notant la durée plus importante des consultations avec l'infirmière ce qui laisse le temps de parler :

« elle vous garde une heure, on parle des fois, pas toujours que du mal qu'on a, enfin, on s'écarte d'autres choses, tandis qu'avec le docteur, il vous gardera un quart d'heure, 20 minutes, tout dépend de comment vous êtes » (L292-294) P10

Certains ajoutaient que le médecin devait s'occuper de nombreux patients, jugés plus graves, ce qui limitait la durée de la consultation :

« c'est vrai que j'aurais pu partager avec le docteur 13 mais le docteur reste docteur il ne va pas me prendre pendant une heure alors qu'il y en a 50 patients derrière (rires) qui sont malades qui sont à deux doigts de crever alors que moi je veux juste arrêter de fumer » (L345-348) P13

#### **3.3.2. « C'est pas tourné pareil »**

Des participants évoquaient un discours différent de l'infirmière et du médecin avec des explications plus adaptées par l'un ou l'autre :

« puis ils savent vous dire les choses aussi les docteurs, bon les infirmières aussi mais c'est pas, c'est pas tourné pareil, c'est pas pareil » (L334-335) P10

Certains participants préféraient parler à leur médecin pour des motifs graves ou pour être rassurés.

« Mais après s'il y avait, si j'avais vraiment un problème grave, important, je pense que je le confierai à mon médecin quoi » (L447-448) P2

Des participants jugeaient l'infirmière plus accessible et ne diraient pas certaines choses à leur médecin :

« peut-être ça serait plus accessible qu'un médecin, peut-être on aura plus tendance à dire de choses[...], des choses qu'on dirait pas à un médecin... » (L126-128) P5

La connaissance du médecin de longue date a pu parfois être identifiée comme une barrière dans le discours. Certains ont noté, qu'avec leur médecin, le discours était centré sur la santé :

« avec mon toubib je parle que de maladie. De santé. Que de santé. » (L151-152) P8

En revanche certains ne faisaient pas de différence dans le discours.

### **3.3.3. « C'est pas un médecin »**

Plusieurs participants ont abordé les différences de compétences, notamment liées au niveau d'étude, entre l'infirmière et le médecin :

« quand en même, elle n'a pas le niveau d'un docteur quand même, il doit lui rester quelques années. **D'accord.** C'est sérieux aussi mais elle ne vous fera pas une ordonnance » (L316-317) P10

## **3.4. Organisation du protocole**

### **3.4.1. Déroulement**

- **« Par le biais du docteur »**

Le médecin était souvent décrit comme l'origine de l'entrée du participant dans le protocole avec l'accord du patient :

« c'est le docteur X, qui m'a dit : pour votre diabète, parce que je suis diabétique, nous avons pris une infirmière, ce n'est pas une obligation mais quand même ça vous serait bien utile de la rencontrer. » (L4-5) P10

- **« C'est pas obligé »**

Certains ont abordé l'absence d'obligation à participer au protocole rendant le patient « acteur de sa prise en charge » :

« que je trouve vachement bien, c'est que dans la mesure, il faut, dans la mesure où elle vous laisse la liberté de faire ou de ne pas faire, comme, comme on l'a dit toute à l'heure, vous devenez acteur » (L145-147) P6

La signature d'un formulaire de consentement a été évoqué par certains :

« Ben que c'était gratuit et que... il me fallait signer euh, une, euh, une autorisation euh pour participer à ASALEE » (L54-55) P11

- **« C'est régulier »**

Les participants ont mentionné la durée prolongée de la consultation avec l'infirmière et sa régularité :

« la durée, elle est plus longue elle est beaucoup plus longue avec l'infirmière »  
(L141-142) P15

« Et j'y allais en principe toutes les semaines au début pour prendre pied et après tous les 15 jours et après toutes les 3 semaines » (L5-6) P10

- **« Gratuit »**

Certains étaient gênés de ne pas payer mais d'autres le percevaient comme un élément moteur pour leur participation au protocole :

« La prise en charge, si ça avait été de ma poche, je ne serais pas allé. Ah ! Je le dis ouvertement. » (L442) P8

- **« J'irai pas toute ma vie »**

Quelques participants ont abordé la fin du suivi à l'obtention de l'objectif et d'autres ne se voyaient pas arrêter pour l'instant.

### **3.4.2. Présentation du protocole :**

- **« Vous rentrez dans le truc d'ASALEE » :**

Pour certains, le médecin a expliqué en quoi consistait ASALEE :

« Un : gratuit, deux : dans le cadre de la prévention, trois : dans le cadre d'une action visant à, euh, visant à éviter, parce que j'étais déjà chargé de médicaments, à éviter la prescription médicamenteuse trop, trop lourde » (L7-8) P6

Parfois, il a présenté l'infirmière comme une aide pour parler de nutrition, arrêter de fumer ou stabiliser son diabète. Quelques-uns ont abordé le fait que le médecin n'avait pas présenté le protocole, parfois par manque de temps.

Le fait que le suivi soit conseillé par le médecin, en qui le patient a confiance, a pu être un élément favorisant la participation malgré le manque d'informations :

« Bon je me suis dit, le docteur me l'a dit alors je fais, moi » (L72-73) P14

Le protocole a aussi été présenté par l'infirmière lors du premier entretien :

« elle m'a expliqué, qui, elle s'est présentée, elle m'a expliqué qui elle était, ce qu'elle faisait, ce qu'était l'association ASALEE » (L82-83) P2

- **ASALEE, « je ne connais pas du tout »**

Certains participants se sont interrogés sur ASALEE et ont fait des recherches sur internet tandis que d'autres ont questionné le chercheur lors d'un entretien :

« dès que le médecin m'a aiguillée vers l'infirmière ASALEE, je suis allée voir sur en ligne tout bêtement. Hum. Et ben j'ai pas trouvé grand-chose » (L34-35) P4

Quelques participants ont décrit des craintes avant de rencontrer l'infirmière et s'attendaient à rencontrer une diététicienne. D'autres n'avaient pas d'attente particulière :

« A.., à..., à pas grand, rien je ne savais pas du tout où, euh, du tout où j'allais ...je m'attendais à euh, si qu'elle me donne des conseils de diététiques ou euh mais bon, si vous voulez, je n'avais aucune idée euh, préconçue quoi » (L24-27) P1

### **3.4.3. Formation des infirmières**

Certains participants ont mentionné la formation des infirmières et même évoqué des rencontres entre elles :

« Oui, c'est des infirmières quand même qui, j'ai l'impression, qui ont fait des études de doctorant un peu, je pense. **D'accord.** Je pense qu'ils sont plus qu'une simple infirmière qui vient vous faire une piqure. Je pense qu'elles ont un niveau plus élevé, ben moi je pense. » (L 184-186) P10

## **3.5. Travail en équipe**

### **3.5.1. « C'est un complément »**

Le suivi ASALEE était souvent décrit comme complémentaire de celui du médecin. La consultation avec l'infirmière pouvait parfois se substituer à celle du médecin :

« pour pouvoir poser des questions même sur un problème qu'on peut avoir sans aller prendre un rendez-vous chez le docteur quand on voit l'infirmière » (L214-215) P3

L'infirmière et le médecin, appartenant tous deux au monde médical, étaient gages de confiance.

### 3.5.2. Communication

Il y avait un échange d'informations de l'infirmière vers le docteur apparaissant d'ailleurs comme normal et même bénéfique pour certains participants :

« ils travaillent ensemble quoi, c'est le docteur qui nous envoie chez le 9, déjà ça va dans un sens et puis le 9 sûrement qu'elle doit dire l'évolution générale au docteur » (L370-371) P9

« c'est important qu'elle rende un peu des comptes, des comptes rendus de ce qui se passe avec moi, moi ça me dérangerait pas, ça serait bien même » (L230-231) P15

Ils travaillaient d'ailleurs ensemble dans le même cabinet :

« Parce que déjà, elles sont dans le même cabinet, dans le même bâtiment elles sont. **Ah !** Ouais. Donc elles sont portées à se voir » (L218-219) P8

La communication ne se faisait pas sans l'accord du participant :

« je sais que ça communique très bien sans donner des informations sans mon accord. Ça pour moi c'est important. [...] "Est-ce que tu veux que j'en parle à M1 ? " et vice versa. » (L217-221) P1

Le dossier médical informatisé a été évoqué comme un moyen de communication. Certains participants supposaient qu'ils faisaient des réunions régulièrement pour parler des patients :

« Ils doivent se rencontrer oui, je pense. **D'accord.** Je ne sais pas moi, une fois par semaine, une fois par mois. **D'accord.** Faire le point sur les patients que, un a envoyé à l'autre, les améliorations » (L391-392) P9

### 3.5.3. Hiérarchie

Les propos des participants renvoyaient parfois à une certaine hiérarchie entre le médecin et l'infirmière :

« elle ne prend aucune décision sans le docteur. **D'accord.** Ce qui est tout à fait normal » (L287-288) P10

## **DISCUSSION**

Les participants étaient satisfaits des bénéfices obtenus par le suivi, des qualités de l'infirmière (accessibilité, confiance, écoute) et de sa collaboration avec le médecin. Ils décrivaient des différences entre le médecin et l'infirmière en termes de discours, de compétences et de gestion du temps mais aussi une méconnaissance du protocole et des craintes sur sa pérennité.

### **1. Forces et faiblesses de l'étude**

#### **1.1. Méthode qualitative**

Notre étude qualitative apportait un éclairage original sur la vision des patients sur le protocole ASALEE. Chaque étape de la méthode qualitative a été respectée méthodiquement (13,14). Notre guide a évolué plusieurs fois au fil des entretiens. Cependant, il existe un biais lié à l'appropriation progressive de la méthode, car il s'agit de notre première étude qualitative.

#### **1.2. Échantillonnage**

Nous avons cherché à avoir un échantillonnage raisonné et diversifié de patients suivis dans le cadre du protocole ASALEE. Il existe néanmoins un biais de sélection car les participants ont été recrutés par les médecins et les infirmières ASALEE sur la base du volontariat. Sur notre période d'étude nous avons contacté tous les cabinets impliqués dans la coopération ASALEE en Midi Pyrénées. La saturation des données a été obtenue après analyse de tous les entretiens et une absence de nouvelles informations dans les deux derniers réalisés.

#### **1.3. Recueil des données**

Les premiers entretiens comportaient peu de questions de relance pour préciser les propos des participants. Chaque entretien était suivi d'une discussion des chercheurs pour améliorer la conduite des entretiens (15). Nous avons décidé de suivre le guide d'entretien, la répétition des questions pouvant apporter des éléments nouveaux. Cela a entraîné une intrication des réponses.

Lors de la retranscription, certains mots pouvaient ne pas être compris à l'écoute de l'enregistrement ou être lié à un défaut ou une erreur d'enregistrement. Cependant, cela n'a pas affecté le sens global de la phrase et l'idée générale a pu être identifiée. Certains mots ou expressions ont été mal compris par les participants, ce qui a pu constituer un biais

d'interprétation. Nous avons limité ce biais par l'ajout de questions de relance. Certains entretiens ont pu être parasités par l'intervention d'une tierce personne présente ou par des appels téléphoniques.

Notre statut d'interne a pu être un frein au discours et constituer un biais : le participant pouvait ainsi associer le chercheur au corps médical. Certains participants pensaient que nous jugions l'efficacité du protocole ce qui a pu constituer un frein au discours.

#### **1.4. Méthode d'analyse**

Il existe un biais lié à la découverte de la méthode par les chercheurs, avec la nécessité d'un apprentissage, afin de se détacher des idées préconçues, notamment issue de la bibliographie, et de se rapprocher de la parole des participants.

L'analyse des données a pu être soumise à notre interprétation et influencée par notre position d'interne en médecine : le travail de réflexivité et la triangulation des chercheurs ont permis de réduire cette subjectivité.

### **2. ASALEE, pourquoi ça marche ?**

#### **2.1. Ecoute et bienveillance de l'infirmière**

Les termes « confiance, écoute, soutien et aide » ont été employés en entretien pour illustrer l'attitude de l'infirmière. L'absence de jugement lors du suivi ASALEE est apparue comme un élément majeur pour les participants. Ce regard bienveillant a pu renforcer l'implication du patient et donc sa motivation au changement. Une analyse de la figure de l'infirmière ASALEE n'avait pas identifié de profil type d'infirmière et avait d'ailleurs noté la diversité de leurs parcours professionnels (16). Cependant, les motivations identifiées par les infirmières interrogées étaient d'être plus libres et autonomes dans leurs actions et de pouvoir exercer un rôle d'éducation, d'aide et de soutien au patient. Les infirmières d'une même région se rencontrent régulièrement pour échanger autour de leurs pratiques formant une véritable « communauté ASALEE » (16). La relation infirmière-patient est un thème récurrent lors de ces rencontres.

#### **2.2. Accessibilité**

La durée prolongée des consultations avec les infirmières était un élément fondamental de la satisfaction des participants. Elle a été mise en opposition avec une courte durée de consultation avec le médecin. La durée des consultations médicales, relevée par les

participants, sont proches de la réalité : 15 minutes par consultation, en moyenne, en cabinet de médecine générale (17). Cependant, la plupart des participants comprennent ce chiffre car le médecin est « débordé », occupé notamment par des cas plus graves. Une analyse de la littérature (11 essais randomisés et 23 études observationnelles) a montré une plus grande satisfaction des patients vus par les infirmières de pratiques avancées notamment du fait de consultations plus longues (18). En 2007, des ergonomes ont évalué ASALEE en observant les consultations des infirmières. Ils évoquaient la durée variable des consultations oscillant entre trente minutes et une heure (chiffres qui ont été confirmés en entretiens). Pour les observateurs, le fait d'accorder du temps au patient dépassait le caractère matériel ou technique de la consultation et permettait de laisser parler le patient, de l'écouter et finalement de considérer son point de vue (19).

La disponibilité de l'infirmière a été soulignée par les participants. Elles sont joignables très facilement et la prise de rendez-vous est simple. Cette disponibilité semble avoir donnée une meilleure adhésion aux soins. La gratuité des consultations était un avantage pour certains participants qui n'auraient pas eu accès à des consultations spécialisées (nutritionniste) ou des séances de sport.

### **2.3. Le patient : acteur de sa santé**

Des participants ont souligné le caractère non obligatoire du suivi qui les rendait « acteur » de leur santé. On peut noter une objection : un participant suivi pour sevrage tabagique a interrompu définitivement le suivi car il n'en ressentait pas le besoin. Il semblerait qu'il y ait eu pour lui un amalgame entre une obligation de soins en addictologie (avec passage d'infirmières au domicile pour le suivi du traitement) et le suivi ASALEE. Selon, Olivier Cottencin et Camille Bence (20), respectivement Professeur et addictologue, 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. Le soignant perd ainsi toute légitimité à communiquer puisqu'il n'est que le représentant de la contrainte. Le livre « Comment motiver le patient à changer » (21) aborde la notion « d'environnement motivationnel ». Pour les auteurs, le changement doit s'opérer en accompagnant le patient à franchir des « étapes modestes » qu'il aura lui-même décidé. Un participant a d'ailleurs affirmé que la directivité ne fonctionnait pas mais a parlé d'accompagnement pour définir le travail de l'infirmière. D'autres ont évoqué l'échec de régimes stricts des diététiciennes qu'ils avaient consultées auparavant. Les résultats obtenus motivent les patients (diminution de

l'hémoglobine glyquée, perte de poids, mieux être physique ou psychologique...), car ils sont l'aboutissement de la modification de comportement.

#### **2.4. Démarche inspirée de l'ETP**

Selon la définition de l'OMS, l'ETP « doit permettre aux patients d'acquérir les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie chronique » et son but est « d'augmenter la qualité de vie » (22). Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial. Les étapes de l'ETP définies par la HAS sont l'élaboration d'un diagnostic éducatif permettant la connaissance du patient, l'identification de ses besoins et de ses attentes et la formulation avec lui des compétences à acquérir en tenant compte de ses priorités. Au début de chaque suivi et tout au long de la prise en charge, l'infirmière ASALEE identifie les attentes et les objectifs du patient. Elle réalise ainsi ce qui pourrait correspondre à un plan personnalisé de soins comme défini en Education Thérapeutique.

L'INPES a élaboré un référentiel de compétences en éducation thérapeutique et a défini 3 compétences nécessaires : techniques, relationnelles et pédagogiques, et organisationnelles. Les infirmières ASALEE répondent à ces champs de compétences (23) en organisant le suivi du patient, en utilisant des outils pédagogiques ludiques et variés (enquête alimentaire, groupe de marche, réalisation de cahiers de suivi, accompagnement pour les courses, sophrologie ...) et en créant une relation de confiance et d'alliance thérapeutique avec les patients. Le Code de la Santé Publique autorise d'ailleurs les infirmiers à dispenser de l'ETP (24).

#### **2.5. Dynamique d'équipe**

L'arrivée d'une infirmière dans un cabinet crée une dynamique d'équipe et renforce la motivation de tous les professionnels de santé sur l'éducation thérapeutique et les messages de prévention. D'autre part, les IDSP peuvent apporter un autre regard sur le patient propice à la remise en question et permettant au médecin de mieux appréhender sa prise en charge. Cela permet aussi un relai pour le médecin dans les cas où la relation médecin/patient en duo finit par s'épuiser.

### **3. L'infirmière ASALEE : la « nurse practitioner » française ?**

Le statut de l'infirmière ASALEE, ses compétences et sa formation ont soulevé des questionnements chez certains participants interrogés. Ils se demandaient si elles avaient un

doctorat ou un niveau plus élevé que les autres infirmières. D'autres ont mentionné une hiérarchie entre les médecins et les infirmières. Finalement, qu'est-ce qu'une infirmière ASALEE ? Est-ce qu'elles correspondent aux infirmières praticiennes exerçant dans de nombreux pays ?

### **3.1. Les nurses practitioners à l'étranger**

Selon le rapport de l'OCDE de 2010 (4), le rôle d'infirmières praticiennes a été créé dans le but d'améliorer l'accès aux soins et de diminuer les dépenses de santé. L'infirmière a une formation différente selon le pays et réalise des consultations en autonomie déléguées par le médecin, en se référant ou non au médecin de la structure d'exercice.

Certaines études menées à l'étranger montrent que les infirmières ont vraiment leur place dans le suivi des maladies chroniques :

#### *- Les Etats-Unis*

Depuis le milieu des années 1960, les Etats-Unis ont mis en place les rôles avancés, avec création d'un niveau master d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières praticiennes, qui interviennent en soins primaires. En 1977, une étude réalisée auprès de tous les médecins généralistes de Caroline du Nord a montré un réel souhait d'inclure au sein de leurs cabinets une infirmière praticienne afin d'expérimenter ce concept de la délégation de tâches (25). Une étude de 2004 évaluant le rôle des infirmières praticiennes, dans la surveillance des patients atteints de diverses maladies chroniques, a montré des résultats comparables entre infirmières praticiennes et médecins généralistes sur l'état de santé ainsi qu'une satisfaction des patients (26). Une autre étude a montré une amélioration significative de la santé des patients concernant le contrôle de la pression artérielle et du diabète mais le coût du personnel était plus élevé (27).

#### *- Le Royaume-Uni*

Le Royaume-Uni possède une longue expérience dans ce domaine d'«infirmières praticiennes avancées». Elles ont acquis le droit de prescrire des médicaments au début des années 1990 sous certaines conditions. Les « Counseling Nurse Practitioner », grâce à la réforme du National Health Service (NHS), effectuent des actes qui étaient normalement réservés aux médecins. Ces actes sont encadrés par des protocoles précis (diagnostics, prescription et traitement des problèmes de santé courants).

En 2000, un essai contrôlé randomisé multicentrique sur 10 cabinets au Royaume-Uni a montré une satisfaction supérieure des patients suivis par l'infirmière praticienne : consultation plus longue, plus d'informations données (sur les causes de la maladie, la façon de soulager les symptômes, les mesures à prendre si le problème persiste). Il n'y avait pas de différence significative entre le médecin et l'infirmière en ce qui concernait la résolution du problème médical, les soins donnés et les investigations menées (28).

- *Le Canada*

Au Canada, deux catégories d'infirmières praticiennes existent : les infirmières praticiennes de soins primaires (promotion pour la santé, prévention, diagnostic et traitement de maladies bénignes aiguës, contrôle et gestion des maladies chroniques stables) et des infirmières hospitalières spécialisées. Seules les infirmières praticiennes ont le droit de prescription sans la supervision de médecins.

En 2009, une enquête en Ontario a montré une meilleure gestion des maladies chroniques dans les centres de santé « communautaires » (modèle salarial) en raison de consultations plus longues et d'une collaboration interprofessionnelle. Elle conclut que la qualité de la gestion des maladies chroniques est liée à la présence d'infirmière praticiennes (29).

### **3.2. ASALEE : Infirmière de Santé Publique (IDSP)**

Le rapport Berland propose en 2003 de créer un « métier d'infirmière clinicienne spécialiste » qui pourrait suivre des malades chroniques au sein de cabinets de groupe de médecine générale. La circulaire préconise un niveau master, d'ailleurs requis dans plusieurs pays (Canada, Etats-Unis, Australie, Belgique...), et une formation continue pour ces infirmières (1).

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » réformant le système de santé a défini le statut de l'infirmière de santé publique (IDSP) en 2009 (30). Ces infirmiers peuvent réaliser des consultations d'Education Thérapeutique (ETP) et de prévention et effectuer le suivi des dossiers médicaux.

Les infirmières ASALEE sont des IDSP au sein des cabinets de médecine générale dont le champ d'action est protocolisé. L'infirmière est qualifiée « IDSP » afin de ne pas confondre avec une infirmière libérale dont le travail est principalement le soin.

La formation (16) des infirmières est assurée au sein de l'Association et se divise en 12 journées :

- 3 journées de formation aux protocoles de coopération
- 6 journées de formation en Education thérapeutique (divisées en 2 sessions de 3 jours)
- 3 jours de compagnonnage auprès d'une infirmière déjà en exercice au cours de ses consultations

Enfin, les infirmières sont formées à l'outil informatique : le logiciel médical du cabinet concerné d'une part et logiciel sécurisé à destination d'ASALEE.

Les médecins généralistes et les IDSP agissent en collaboration sur deux modes distincts :

- La délégation de tâches avec les actes dérogatoires : prescription de biologie, réalisation d'ECG ou de spirométrie, automesure...
- La coopération entre professionnels de santé grâce à des réunions de concertation sur dossier.

Selon le rapport d'ergonomes sur le protocole ASALEE, l'infirmière travaille en coopération avec le médecin de façon complémentaire. Elle possède un ensemble de compétences lui permettant d'améliorer la santé des patients en soins primaires (19). Il apparaît que chaque binôme médecin/infirmier a un fonctionnement qui lui est propre. Ainsi, l'Association ASALEE n'a pas harmonisé les prises en charges pour qu'elles soient adaptées aux patients et pour laisser une marge de manœuvre aux équipes.

L'infirmière ASALEE prend en charge la prévention et la gestion des maladies chroniques, mais contrairement aux nurses practitioners à l'étranger, elle ne reçoit pas les patients en premier recours pour gérer les affections bénignes aiguës et n'a pas le droit de prescrire en dehors des actes dérogatoires établis.

#### **4. Freins à l'expansion**

Plusieurs participants ont abordé les différences de niveau d'étude et de compétences, entre l'infirmière et le médecin. Certains participants ont dit qu'ils iraient voir leur médecin d'abord s'ils considéraient leur problème comme grave ou important. En libéral, les patients ne sont pas les seuls à montrer des réticences à l'élargissement du transfert de compétences entre infirmiers et médecins.

##### **4.1. Les freins des médecins**

Deux publications de 2014 et 2016 (31,32) estiment qu'un tiers des médecins généralistes seraient favorables à la délégation d'une ou plusieurs tâches vers un infirmier de leur cabinet mais ce résultat dépendrait du mode de financement de l'infirmier : 60% des médecins y seraient favorables si l'infirmier était rémunéré par l'assurance maladie contre 17 % s'il était

financé par le cabinet. Les freins à la délégation évoqués étaient la difficulté à trouver un infirmier disponible, le risque de voir la responsabilité du médecin engagée et enfin la possible crainte d'une érosion de leur volume d'activité. C'est également ce qui ressort d'une étude qualitative suédoise parue en 2010, comparant le ressenti des infirmières de pratiques avancées et celui des médecins généralistes (33).

Les médecins généralistes sont prêts à développer ces coopérations pour répondre aux besoins de santé à condition qu'une définition claire des rôles, des droits et des responsabilités, soit établie. Ils précisent que les infirmières ne doivent pas remplacer le médecin (31). Ils seraient plus disposés à déléguer les actes liés à l'accompagnement des patients ou au suivi des maladies chroniques (éducation thérapeutique, arrêt du tabac, prise tensionnelle...) plutôt que des actes techniques (frottis cervical) ou la prescription d'examens.

La coopération entre les professionnels de santé est plus facile au sein des cabinets pluri-professionnels. Les jeunes médecins semblent être plus attirés par ce mode d'exercice. Dans une étude de l'ordre des médecins, 93% des étudiants considèrent que la création de maison de santé pluridisciplinaires (MSP) dans les zones sous dotées pourrait attirer les jeunes à s'y installer. Nous pensons qu'un jeune médecin travaillant en groupe et ayant une activité universitaire (maître de stage) constitue un profil idéal pour devenir médecin ASALEE et pour favoriser l'expansion du protocole (19,34).

#### **4.2. Les freins des infirmières**

En 2010, une thèse (35) a exploré par questionnaire les intérêts et les freins des infirmiers à l'exercice en MSP. Les avantages relevés étaient la diminution du temps de travail administratif, la proximité avec les prescripteurs, et le travail d'équipe. La crainte était une perte d'autonomie à la fois professionnelle (peur de la subordination au corps médical) et financière (rémunération forfaitaire).

Ces inquiétudes font échos à celles des syndicats infirmiers libéraux qui craignent une menace à terme pour l'exercice libéral et une subordination des infirmières aux médecins.

Les IDSP ASALEE sont en fait salariées de l'association, elles ne sont pas subordonnées au médecin. De même, leur responsabilité professionnelle dépend de l'association et non pas du ou des médecins avec qui elles exercent (19).

### **4.3. Freins pour les patients**

Certains patients ont abordé le fait qu'ils consulteraient leur médecin pour des problèmes graves de santé, conscients des compétences limitées des infirmières. Une étude réalisée à Birmingham en 1988 (36) évaluait par questionnaire l'acceptabilité des consultations infirmières et la perception de leur rôle par les patients. Les médecins y étaient vus comme plus qualifiés, habilités à la prescription et à la gestion de cas sérieux. Les infirmières étaient perçues comme mettant le patient à l'aise, prenant plus de temps et à l'écoute.

En 2004, une étude qualitative anglaise réalisée dans un contexte de consultations urgentes en soins primaires a montré que les patients interrogés préféraient consulter leur médecin généraliste s'ils percevaient leur problème de santé comme sérieux. L'infirmière était consultée en premier recours dans les cas de symptômes mineurs ou pour les rassurer sur leur santé. Un élargissement du rôle des « nurse practitioners » y est évoqué et les infirmières sont décrites comme plus compatissantes que les médecins généralistes et accordent une durée plus longue à leurs consultations (37).

En 2010, dans un contexte de pénurie de médecin généralistes, une étude canadienne s'est intéressée au ressenti de patients atteints de multi-morbidités : ils se disaient ouverts à la participation des infirmières en vue d'une meilleure qualité de soins mais ont également mentionné des inquiétudes en ce qui concernait le partage des rôles. La vision d'une infirmière « aide du médecin », la crainte de ne plus voir son médecin et des interrogations sur les compétences des infirmières ont été mises en évidence. Les patients évoquaient également les capacités d'informations et de réassurance plus importantes des infirmières et une confiance dans leur expertise pour des cas mineurs (38).

Une revue de la littérature de 1970 à 2002 sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières (39) au Royaume Uni et aux Etats-Unis met en avant une meilleure satisfaction des patients.

### **4.4. Méconnaissance d'ASALEE**

#### **4.4.1. Historique**

Le dispositif ASALEE a été créé en 2004 par des médecins généralistes des Deux-Sèvres puis s'est élargi de proche en proche d'abord localement en Poitou Charentes pour se généraliser au plan national en 2012. L'Association ASALEE compte en 2016 167 équivalents temps pleins contre 67 équivalents temps pleins en 2013.

#### 4.4.2. Méconnaissance

Ce dispositif est en pleine expansion. Il semble néanmoins peu connu des patients suivis. Certains ont soulevé des craintes avant la première consultation en raison de la méconnaissance de l'infirmière et du protocole. D'autres ont évoqué des recherches peu concluantes sur internet.

Il n'existe pas de site Internet ASALEE, dédié et ouvert au public. Dans cette étude, nous n'avons pas évalué l'affichage concernant ASALEE dans les cabinets médicaux ou la délivrance d'une brochure d'information sur le dispositif (annexe 8).

Après information auprès des infirmières et de la Direction d'ASALEE, il semblerait qu'il s'agisse d'un souhait de l'Association de ne pas communiquer pour se limiter à une expansion de proche en proche et rester maîtrisable. Ceci renvoie aux propos d'une patiente qui évoque le fait que l'expansion pourrait en diminuer l'accessibilité car le dispositif serait « submergé ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et l'article L.1111-2 du Code de la santé Publique traitent de la nécessité d'information du patient notamment sur les actions de prévention (40,41).

La HAS met à disposition un mode d'emploi pour mettre en place un protocole de coopération dont une partie développe spécifiquement la nécessité d'information du patient sur le protocole en question (42,43).

Le médecin est la porte d'entrée dans le protocole. Il devrait donc être la source privilégiée d'information. La signature d'un formulaire de consentement par l'infirmière a été abordée par l'un des participants mais le contenu de ce formulaire n'a pas été décrit.

Le manque d'information n'apparaît cependant pas comme étant un frein à la participation du patient au protocole car plusieurs éléments entrent en compte : la confiance envers le médecin qui est initiateur du suivi, la position du patient comme demandeur de soins, la nécessité de changer et la gratuité.

Un affichage clair dans le cabinet ou une brochure explicative pourraient être mis en place pour améliorer les connaissances des patients sur le protocole proposé par le médecin. Un site dédié, ouvert au public, serait également un moyen d'information approprié pour les patients qui utilisent internet. Nous avons trouvé intéressant de proposer dans ce travail, une brochure explicative pouvant être mise à disposition des patients et des médecins (annexe 9).

## **5. ASALEE : une solution pour l'avenir**

Certains participants se sont montrés inquiets quant à la pérennité du suivi et craignaient que le protocole ne dure pas dans le temps. Pourtant, les études montrent une véritable efficacité du protocole ASALEE en termes d'économie sur les dépenses de santé et de réorganisation des soins de premiers recours.

### **5.1. Intérêts médico-économiques**

L'objectif principal d'ASALEE est d'améliorer la qualité du service rendu au patient par le développement d'activités de santé (prévention, promotion au sein des cabinets de médecine générale). L'objectif à plus long terme est de répondre à l'augmentation et à la modification de la demande de soins.

Deux évaluations montrent l'intérêt médico-économique d'ASALEE :

- En 2008, à la demande des pouvoirs publics, une étude menée par l'IRDES (7) a montré un effet significatif sur la diminution du taux d'hémoglobine glyquée chez les patients suivis (probabilité d'avoir une valeur maintenue ou amenée à 8 ou moins sur un an 1,8 fois plus importante pour les patients diabétiques de type 2 dans le groupe ASALEE que pour ceux du groupe témoin) ainsi qu'un meilleur taux de réalisation des examens de suivi et cela sans coût significativement supérieur pour l'assurance maladie (coût estimé à 60€ par patient par an).

- En 2010, une évaluation menée par la CNAM (44) 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 au groupe témoin. Ces patients étaient moins hospitalisés, utilisaient moins de transports sanitaires et avaient moins recours aux spécialistes.

Le rapport IGAS de 2012 sur la prise en charge du diabète conclut à l'efficacité de la coopération entre médecins généralistes et infirmiers et recommande une généralisation du dispositif ASALEE (45).

Une évaluation de grande envergure est actuellement en cours : l'étude DAPHNEE (12). Elle vise à préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation et/ou d'une généralisation du protocole. Les résultats de cette étude ne sont pas encore publiés.

## **5.2. Réorganisation des soins primaires**

En 2007, la HAS et l'ONDPS énoncent que la coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé et concluent que « tous les projets présentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins » (46). L'enjeu est de réorganiser les soins primaires afin de faire face à une augmentation de la demande, tout en garantissant la qualité des soins.

Les conclusions des États généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), au printemps 2008, allaient dans le même sens : « la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé » (47).

En 2010, un rapport au Premier Ministre proposait des solutions pour une mise en œuvre rapide et pérenne de l'ETP (48). Il rappelait que la prise en charge des maladies chroniques est essentiellement ambulatoire alors que l'offre d'ETP est hospitalo-centrée. Le rôle du médecin traitant y est valorisé et les maisons et pôles de santé sont vus comme des lieux de références pour l'ETP en ambulatoire. Dans ce rapport, la stratégie nationale de pérennisation était de proposer l'ETP à tous, en privilégiant le recrutement de patients défavorisés qui sont les plus éloignés du soin. Le protocole ASALEE par sa simplicité de mise en place, son financement par l'assurance maladie et sa flexibilité semble une solution efficace pour répondre aux besoins de réorganisation des soins primaires.

## CONCLUSION

Notre étude qualitative par entretiens individuels apportait un éclairage original sur la vision des patients sur le protocole ASALEE.

Les patients étaient satisfaits des qualités et des compétences des infirmières (écoute, confiance, bienveillance, pédagogie). Ils notaient la modification de leur mode de vie et les bénéfices qu'ils avaient ressentis à la suite de ces changements. Ils ont mis en évidence les particularités de la prise en charge et identifié des différences entre leur médecin et l'infirmière en termes de discours, de compétences et de gestion du temps. Des difficultés en ce qui concernaient les contraintes (difficultés organisationnelles, inutilité du suivi), des craintes sur la pérennité du suivi et des doutes sur les compétences des infirmières ont été décrits. Les patients voyaient la contribution de l'infirmière comme une complémentarité au suivi par leur médecin traitant.

L'approche thérapeutique de l'infirmière ASALEE est inspirée de l'ETP, l'infirmière possède un ensemble de compétences lui permettant d'améliorer la santé des patients en soins primaires. Ce nouveau rôle infirmier : l'infirmière de santé publique, tend vers la fonction de nurse practitioner de certains pays dans le domaine de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. Cependant, une méconnaissance du dispositif par les patients a été identifiée. Ce manque d'information n'a pas semblé les gêner mais il a néanmoins causé des craintes ou des attentes préalables erronées. Une meilleure information du dispositif auprès des patients et des professionnels de santé pourrait diminuer les freins à cette coopération. La question du financement et de la pérennisation du dispositif est également un point essentiel à explorer.

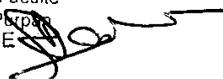
Les pouvoirs publics voient dans la collaboration interprofessionnelle une réponse aux nouveaux défis que sont la démographie médicale et le développement des pathologies chroniques. Un autre objectif est la réduction des dépenses de santé, avec une prise en charge des patients au sein de structures de proximité et une diminution des hospitalisations. De plus, le travail en équipe pluri-professionnelle est attractif pour les jeunes médecins, peu enclins à un exercice isolé. ASALEE tend à faire la preuve de son efficacité du point de vue médico-économique et semble une solution attractive pour mettre en place une coopération interprofessionnelle et répondre aux besoins de réorganisation des soins primaires.

Vu Toulouse le 18 MAI 2017

42

Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecin Généraliste  


Toulouse, le 19/05/2017

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Pierre  
D. CARRIE  


## REFERENCES :

1. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [En ligne]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 oct [consulté le 17 juillet 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/>
2. HAS. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé, Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Avril 2008.
3. Anger E, Gimbert V. Les coopérations entre professionnels de santé (Note d'analyse 254 - Décembre 2011) [En ligne]. [Consulté le 27 juin 2015]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/les-cooperations-entre-professionnels-de-sante-note-danalyse-254-decembre-2011.html>
4. Delamaire M-L, Lafortune G. OECD- Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. 2010.
5. Le protocole de coopération « ASALEE » [En ligne]. [Consulté le 18 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.0.html>
6. Bureau ASALEE. Vœux 2017 de l'association ASALEE.
7. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy*. 2010;98(2):131–143.
8. Emmanuelle Deleau. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en Médecine générale : Installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de Médecine générale, sur le mode de la Délégation de tâches Exemple de la prise en charge du diabète de type 2 [Thèse de médecine]. Université de Poitiers; 2005.
9. Aurélien Prato. 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 de Nancy; 2011.
10. Brice Timmerman. Evaluation de l'éducation thérapeutique par le biais de l'activité physique en médecine générale, dans le cadre du réseau ASALEE 88, chez des patients à risque cardiovasculaire [Thèse de médecine]. Université de Nancy; 2012.
11. Elodie Tardits. Evaluation 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]. Université de Bordeaux; 2016.
12. Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée – Daphnee (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation). Evaluation d'Asalée – Comité de suivi. Juillet 2015 [En ligne]. [Consulté le 18 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced->

public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf.

13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.
14. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
15. Enrick B, Jeanne LR. Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche. Enrick B; 2012.
16. Simondon A. L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires. Rev D'épidémiologie Santé Publique. avril 2015;63(2):147-8.
17. Breuil-Genier P, Gofette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N°481. Avril 2006 [En ligne]. 2006. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
18. Gérin C, Guillemot P, Bayat M, André AM, Daniel V, Rochcongar P. Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique. [En ligne]. 4 oct 2015 [consulté le 3 février 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/968697/resultatrecherche/7>
19. Daniellou F et Petit J. ASALEE, c'est du travail Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques, Juillet 2007.
20. Cottencin O, Bence C. Addictions : soins obligés et soins motivés. Presse Médicale. déc 2016;45(12):1108-16.
21. Golay A, Lager G., Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Edition Maloine 2009.
22. Rapport de l'OMS. Therapeutic Patient Education Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease [En ligne]. 1996 [consulté le 4 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
23. INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme [En ligne]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>
24. Livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III quatrième partie du Code de la Santé Publique.
25. Lawrence RS, DeFriesse GH, Putnam SM, Pickard CG, Cyr AB, Whiteside SW. Physician receptivity to nurse practitioners: a study of the correlates of the delegation of clinical responsibility. Med Care. avr 1977;15(4):298-310.

26. Lenz ER, Mundinger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med Care Res Rev MARR*. sept 2004;61(3):332-51.
27. Litaker D, Mion LC, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician–nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients’ perception of care. *J Interprof Care*. 1 janv 2003;17(3):223-37.
28. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting « same day » consultations in primary care. *BMJ*. 15 avr 2000;320(7241):1043.
29. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Ann Fam Med*. juill 2009;7(4):309-18.
30. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *J.O.* du 22 juillet 2009.
31. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l’opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Rev Fr Aff Soc*. 15 juin 2016;(1):375-404.
32. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. DREES. février 2014.
33. Lindblad E, Hallman E-B, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—A qualitative study. *Int J Nurs Pract*. 1 févr 2010;16(1):69-74.
34. Sondage BVA pour le Conseil National de l’Ordre, attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, conseil national de l’ordre des médecins. 2007 :26. [En ligne]. [Consulté le 3 octobre 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>
35. Johann Druz. Identification des obstacles à l’adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d’état à un projet de soins lors de la création d’une maison de santé pluridisciplinaire. [Thèse de médecine]. Université de Grenoble; 2011.
36. Drury M, Greenfield S, Stilwell B, Hull FM. A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *J R Coll Gen Pract*. nov 1988;38(316):503-5.
37. Redsell S, Stokes T, Jackson C, Hastings A. Patients’ accounts of the differences in nurses’ and general practitioners’ roles in primary care. *J Adv Nurs*. 1 janv 2007;57(2):172-80.

38. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity BMC Family Practice 2010, 11:84 [En ligne]. [Consulté le 28 septembre 2016]. Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/84>
39. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : Revue de la littérature 1970-2002. *Quest Déconomie Santé*. 2003;(65):1-4.
40. Article L1111-2. Code de la santé publique.
41. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
42. HAS. Développement professionnel continu (DPC) – Fiche méthode – Les protocoles de coopération. Mai 2014
43. HAS. Coopération entre professionnels de santé. L'information du patient dans le cadre de la prise en charge du protocole de coopération Mars 2012.
44. De Kervasdoué J. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE. Paris, France : CNAM, 2010.
45. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Evaluation de la prise en charge du diabète [En ligne]. [Consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P\\_Diabete\\_RAPPORT\\_TOME\\_I.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P_Diabete_RAPPORT_TOME_I.pdf)
46. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Décembre 2007.
47. Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 février et 9 avril 2008) [En ligne]. [Consulté le 20 mars 2017]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_egos.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf)
48. Jacquat D. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne [En ligne]. 2010 juin. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf)

## ANNEXES

Annexe 1 : mail d'information envoyé aux médecins et infirmiers participants au protocole ASALEE

Annexe 2 : formulaire d'information et de consentement

Annexe 3 : autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées

Annexe 4 : première version du guide d'entretien

Annexe 5 : dernière version du guide d'entretien

Annexe 6 : extrait d'un entretien

Annexe 7 : avis favorable de la commission d'éthique

Annexe 8 : affiche d'information au sein des cabinets médicaux

Annexe 9 : proposition de poster de présentation d'ASALEE

Annexe 10 : extrait du tableau de codage (logiciel Microsoft Office Excel© 2016)

Annexe 1 : mail d'information envoyé aux médecins et infirmiers participants au protocole ASALEE

Bonjour,

Nous sommes deux internes de médecine générale en dernière année et nous réalisons un travail de recherche visant à recueillir l'intérêt et les difficultés perçus par les patients dans le cadre du protocole de coopération Asalée en Midi-Pyrénées.

Ce travail est un peu particulier car il s'agit d'une thèse pour laquelle nous réaliserons des entretiens individuels +/- collectifs avec des patients ayant eu une ou plusieurs consultations avec un(e) infirmier(e) Asalée. Les entretiens dureront en moyenne 1h à 1h30 et seront enregistrés et anonymisés. Il n'y aura pas de statistique car chaque information compte.

Le but étant d'avoir un échantillon représentatif c'est-à-dire qu'il y ait une variation maximale pour les principaux critères : l'âge, le sexe, la situation maritale, le nombre d'enfants, le lieu de vie, la situation professionnelle, le nombre de rencontres avec l'infirmier(e) Asalée.

Le nombre de participants n'est pas défini d'avance car nous recherchons une saturation des données : les entretiens seront interrompus quand il n'y aura plus de données nouvelles.

Le recrutement peut se faire par les infirmier(e)s ou les médecins traitants et nous nous chargerons de recontacter les patients qui auront accepté pour organiser les entretiens.

Le mieux serait de nous présenter comme étant des étudiantes en recherche, des chercheuses... car le fait que nous soyons interne peut biaiser la parole des participants.

Merci beaucoup pour votre aide,

A bientôt,

DADENA Eugénie et SADER Maya

N'hésitez pas à nous contacter

Eugénie : 06 25 09 14 55 [eugenie.dadena@hotmail.fr](mailto:eugenie.dadena@hotmail.fr)

Maya : 06 69 47 93 36 [maya-989@hotmail.com](mailto:maya-989@hotmail.com)

## Annexe 2 : formulaire d'informations et de consentement

Madame, Monsieur,

Vous êtes invités à participer à une étude sur l'intérêt et les limites du protocole de coopération Asalée.

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 entretiens individuels d'une durée moyenne d'une heure car votre avis nous intéresse comme vous avez participé à une ou plusieurs consultations avec une infirmière du protocole Asalée.

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.

Le protocole de cette étude a été soumis au comité d'éthique du département de médecine générale de Toulouse.

### 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 : .....

Eugénie Dadena

Maya Sader

**Autorisation  
pour l'enregistrement audio  
et l'exploitation des données enregistrées  
point de vue du protocole Asalée**

**Présentation de l'enquête**

Nous vous invitons à participer à une étude sur le protocole Asalée en Midi-Pyrénées.

Notre objectif est de recueillir votre opinion dans le but d'évaluer l'intérêt et les difficultés perçus par les patients dans le cadre du protocole Asalée.

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 SADER Maya

à enregistrer en audio l'entretien réalisé le \_\_\_\_\_.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

#### Annexe 4 : première version du guide d'entretien

1. Comment avez-vous rencontré l'infirmier(e) Asalée ?
  - Quel rôle lui attribuez-vous dans votre situation ?
2. A quoi vous attendiez-vous avant ce premier entretien ?
3. Comment s'est déroulé l'entretien avec l'infirmière ?
  - Comment ça s'est passé ? Le lieu, la durée... ?
  - Quels ont été les conseils apportés ?
  - Qu'en avez-vous pensé ?
4. Comment vous êtes-vous senti ?
5. Qu'est-ce que cet entretien ou ce suivi a changé pour vous ?
  - Qu'est-ce qui a changé dans vos consultations habituelles avec votre médecin ?
  - Quelles sont les différences entre la consultation avec le médecin généraliste et l'infirmier ?
  - Qu'est-ce que vous n'évoquez pas avec votre médecin mais dont vous parlez avec l'infirmier ?
  - Comment préférez-vous que le suivi se fasse ?
6. Quel est votre point de vue sur la coopération médecin généraliste/ infirmiers ?

## Annexe 5 : dernière version du guide d'entretien

1. Comment avez-vous rencontré l'infirmier(e) Asalée ?
  - Quel rôle lui attribuez-vous dans votre situation ?
  - Que connaissez-vous d'Asalée
2. A quoi vous attendiez-vous avant ce premier entretien ?
3. Comment s'est déroulé l'entretien avec l'infirmière ?
  - Comment ça s'est passé ? Le lieu, la durée... ?
  - Quels ont été les conseils apportés ?
  - Qu'en avez-vous pensé ?
4. Comment vous êtes-vous senti ?
5. Qu'est-ce que cet entretien ou ce suivi a changé pour vous ?
  - Qu'est-ce qui a changé dans vos consultations habituelles avec votre médecin ?
  - Quelles sont les différences entre la consultation avec le médecin généraliste et l'infirmier ?
  - Qu'est-ce que vous n'évoquez pas avec votre médecin mais dont vous parlez avec l'infirmier ?
  - Que pensez-vous de l'organisation du suivi ?
6. Que connaissez-vous des échanges entre l'infirmière et le médecin ?
  - Que connaissez-vous de leur relation ?
  - Comment la qualifiez-vous cette relation ?

## Annexe 6 : extrait d'un entretien

### Entretien 8

#### **Que connaissez-vous des échanges entre l'infirmière et le médecin ?**

Je pense qu'elles doivent en avoir, parce que au début, la première fois, au début quand je suis allé la voir j'avais beaucoup perdu de poids, beaucoup, quand je parle beaucoup c'est beaucoup. C'est pas 7 kilos. **C'est-à-dire** J'étais tombé à 109. Elle m'avait dit, c'est elle IDE 8 qui m'avait dit, j'ai vu Dr 8, et elle m'a dit qu'il faut que je fasse gaffe de pas te faire maigrir trop vite. **D'accord**. Chose que j'ai faite, j'ai maigri trop vite. Et après bon, pff, la mauvaise période pour moi, c'est là, c'est l'été. **Ouais**. Parce que moi l'été. **Pourquoi (rire)**. Pourquoi, mais il fait beau, on est plus avec des amis, on fait plus de grillades. **Oui**. Voilà. Plus de grillades, on boit un pastis, on boit un peu de vin. Voilà. Moi je ne bois de vin déjà.

#### **Comment vous expliquez le fait que vous avez perdu vite là ?**

Eh ben, c'est parce que je faisais attention à mon alimentation. Et après j'ai repris du poids l'an dernier au mois de juillet, quand il fait beau. On se reçoit beaucoup entre amis. Et je mange plus de viande le soir, chose que je ne mange jamais.

#### **Le fait qu'elles communiquent ensemble, ça vous fait dire que il y a des échanges ?**

Oui

#### **Sous quelles formes, comment vous le euh ? vous l'imaginez ?**

Parce que déjà, elles sont dans le même cabinet, dans le même bâtiment elles sont. **Ah ! Ouais**. Donc elles sont portées à se voir. Alors je pense que mon docteur devait lui poser des questions, et elle doit en dire des choses à mon toubi

#### **D'accord, ok. Et qu'est-ce que vous connaissez de leur relation à elles 2 ? vous dites elles sont dans le même cabinet**

Oui, après leur relation, je ne sais pas si elles sont amies

#### **Comment vous les qualifierez ?**

Je pense qu'elles sont, je pense qu'elles s'entendent bien. Oui oui, elles doivent être amies. **Ah oui, d'accord**. Je pense. **Ok**. Je suis pratiquement sur.

#### **Ok et professionnellement ?**

Pour moi, elles sont compétentes toutes les 2

## Annexe 7 : avis favorable de la commission d'éthique



Département  
Universitaire  
Médecine  
Généraliste

100 Avenue de la Providence  
31500 Toulouse  
Tél. : 05.61.80.01.23 - Fax 05.61.34.61.16 - [dr-bismuth@wanadoo.fr](mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr)

### Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*  
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse  
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – [dr-bismuth@wanadoo.fr](mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr)

**Président : Mme Laurencine VIEU**

**Secrétaire : M Serge BISMUTH**

### AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Renseignements concernant le demandeur :

Nom DADENA Eugénie  
Adresse 24 boulevard Guérin 13008 Marseille  
Courriel [eugenie.dadena@hotmail.fr](mailto:eugenie.dadena@hotmail.fr) Numéro de téléphone 06 25 09 14 55

Nom SADER Maya  
Adresse, 13 Route d'Ossen 65100 Viger  
Courriel [maya-989@hotmail.com](mailto:maya-989@hotmail.com) - Numéro de téléphone 06 69 47 93 36

Renseignements concernant le promoteur :

Nom PHILLIPS Jennifer  
Qualité Médecin généraliste, Département universitaire de Médecine générale, faculté de médecine de Toulouse, Pôle éducation thérapeutique du patient  
Adresse 2 Allées Aristide Briand 12200 Villefranche-de-Rouergue  
Courriel [jennifer.phillips@dumg-toulouse.fr](mailto:jennifer.phillips@dumg-toulouse.fr) Numéro de téléphone 06 70 09 35 70

Titre complet de la recherche : Quelle est le point de vue des patients sur l'intérêt et les difficultés du protocole de coopération Asalée en Midi-Pyrénées ?

Avis Favorable le 30/06/16

*Serge Bismuth*

## Annexe 8 : affiche d'information au sein des cabinets médicaux

**(Nom du Cabinet)  
(Localité)**

**en partenariat avec  
l'association ASALEE**



Vos médecins sont membres de l'association ASALEE : ils se sont adjoints la collaboration d'infirmières spécialement formées avec lesquelles, ensemble, ils vous proposent une prise en charge innovante dans le cadre de protocoles de coopération\* agréés par la Haute Autorité de Santé.

- Si vous êtes **diabétique**, pour mieux comprendre et bien prendre en charge votre maladie, et être à jour de vos examens ;
- Si votre **tension artérielle** le nécessite : pour la contrôler par la mesure de votre tension chez vous avec un appareil en prêt ; et si nécessaire faire les ECG de contrôle ;
- Si vous avez des facteurs de risque **cardio-vasculaire**, pour les prévenir et les suivre;
- Si vous êtes **fumeur** et que vous souhaitez faire le point ; et en particulier bénéficier d'une mesure régulière de votre capacité de souffle ;
- Si vous souhaitez **tester votre mémoire** ;

Au cours de cette prise en charge, l'infirmière, parfaitement formée, pourra être amenée par délégation du médecin à vous prescrire certains examens, réaliser des ECG, des tests mémoires. Elle agit alors dans un cadre dérogatoire\*\* en coopération étroite avec votre médecin traitant.

**Prenez contact avec l'infirmière pour en savoir plus,  
Nom de l'infirmière, N° de téléphone**



L'infirmière est présente (Jours et heures de présence habituelle à préciser) et vous reçoit sur rendez-vous.

Elle vous remettra une information très complète lors d'une première rencontre afin que puissiez adhérer en pleine connaissance de cause à ce nouveau service.

**A tout moment, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.**

\* Les protocoles proposés par Asalée sont l'objet d'un agrément donné par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de l'article 51 de la Loi n°2011-2010.

\*\* L'activité est dérogatoire au sens où les activités ou actes réalisés par l'infirmière visent en complément du décret de compétence (le 24 juillet 2004)





---

**Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients.**

**Introduction :** Les protocoles de coopération ASALEE entre professionnels de santé se multiplient avec des demandes excédant les possibilités de mise en place. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt et les difficultés perçus par les patients suivis dans le cadre du protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse thématique d'entretiens semi-directifs.

**Résultats :** Les participants étaient satisfaits des bénéfices obtenus par le suivi, des qualités de l'infirmière (accessibilité, confiance, écoute) et de sa collaboration avec le médecin. Ils décrivaient des différences entre le médecin et l'infirmière en termes de discours, de compétences et de gestion du temps, mais aussi une méconnaissance du protocole et des craintes sur sa pérennité.

**Conclusion :** L'écoute bienveillante et la disponibilité de l'infirmière ASALEE lui permettent de jouer un rôle fondamental dans l'accompagnement des patients, l'éducation thérapeutique et la réorganisation des soins primaires.

**Mots clés :** Coopération, soins primaires, délégation de tâches, collaboration, médecin généraliste, infirmier

---

**ASALEE protocol for general practitioner and nurse collaboration in Midi Pyrenees: the patients' point of view**

**Introduction:** The number of ASALEE cooperation protocols between general practitioners and nurses have increased, the demand exceeding the development possibilities. This study aims to evaluate the benefits and the difficulties encountered by the patients as part of the ASALEE cooperation protocol between doctor and nurse in Midi Pyrenees.

**Materials and methods:** We conducted a qualitative study with thematic analysis of semi directed interviews.

**Results:** The participants were satisfied with the nurse's consultation and they enjoyed her availability, listening skills and human qualities. They described differences between doctors and nurses in terms of skills, time management, but also a lack of knowledge of the protocol and concerns about its sustainability.

**Conclusion:** The kind listening and the availability of the ASALEE nurses enable them to play an important role in patient support, patient education and reorganization of primary care services.

**Keywords:** cooperation, primary health care, nurse, general practitioner, collaboration, delegation of tasks

---

**Discipline administrative :** Médecine générale

Université Toulouse III – Faculté de médecine de Rangueil, 133 Route de Narbonne – 31062  
Toulouse Cedex 04 – France

**Directeur de thèse :** Dr Jennifer PHILLIPS