



Faculté de médecine

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Elodie DELOUBES

Née le 27/07/1991 à CHARTRES (28)

Quel est le ressenti des infirmières ASALEE sur le recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste ?

Présentée et soutenue publiquement le **22 septembre 2020** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine –Tours

Membres du Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Peggy PIERRE RENOUX, Médecine interne et diabétologie, PH, CHU –Tours

Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

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

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien.....Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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



REMERCIEMENTS

A mes Maîtres, membres du jury

A Madame le Docteur Alice PERRAIN

Madame, je vous remercie de votre disponibilité, de votre savoir et de la gentillesse dont vous faites preuve de manière constante. Merci de l'intérêt que vous avez porté dès le départ, à ce travail. Je suis admirative de la passion et de la pédagogie dont vous faites preuve. Merci d'avoir accepté d'être la directrice de ma thèse aujourd'hui, c'est un honneur pour moi.

A Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Madame, je suis heureuse que vous ayez accepté de juger ce travail en tant que Présidente. Vous avez accepté de superviser ce projet, soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Matthias BUCHLER

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de ma thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François MAILLOT

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'évaluation de ce travail et à votre bienveillance.

A Madame Le Docteur Peggy PIERRE

Je vous remercie de m'accorder votre confiance et de me faire l'honneur de participer à ce jury. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yannick LEGEAY

Docteur, je vous remercie pour votre soutien au cours de ma formation et pour toutes les connaissances médicales et les valeurs humaines que vous m'avez permis d'acquérir. Vous avez pour moi les qualités humaines et professionnelles d'un grand médecin. Je vous en suis fortement reconnaissante.

A Madame le Docteur Sophie LIZE

Docteur, je vous remercie pour votre gentillesse, votre pédagogie et la passion que vous avez pour votre travail. Nos échanges m'ont beaucoup apporté au niveau professionnel et personnel. Vous êtes pour moi un symbole de dynamisme et de bienveillance.

A Monsieur le Docteur Nicolas VENOT

Docteur, je vous remercie pour votre soutien tout au long de ma formation, pour votre écoute bienveillante et pour votre disponibilité. Merci d'avoir accepté d'être mon Maître de stage également. J'ai apprécié échanger et apprendre à vos côtés au cours de mon stage.

A Monsieur le Docteur Jean Michel LEMETTRE

Docteur, je vous remercie pour tout le temps que vous m'avez consacré pour me transmettre votre savoir. Que ce soit vos petits « trucs de la pratique et de l'expérience » ou pour toutes ces notions d'informatique. Peu de mots mais beaucoup d'échanges.

A Madame et Monsieur DELOUBES, mes chers parents. Vous m'avez donné la volonté, l'ambition et le courage de ne jamais rien abandonner. Vous m'avez toujours accompagnée pour réaliser mes rêves, sans jamais douter de mes capacités. Je n'aurai pu être le médecin et la femme accomplie aujourd'hui sans votre aide. Je vous aime fort.

A Madame Agnès MARTIN, ma grande sœur et petite maman. Tu as toujours été pour moi mon ange gardien, ma meilleure amie et confidente. Je te dois tellement...

A Guillaume MARTIN, mon beau-frère. Les années passent et tu nous montres à quel point tu partages les valeurs si chères à notre famille. Je te dois tellement de bons et loyaux services. Je suis fière de t'avoir comme beau-frère.

A Axel et Océane MARTIN, mes petits bouts de choux d'amour.

A Madame Solange LEHERISSE, je serai à jamais ta petite fille. Tu es pour moi la grand-mère dont rêvent tous les enfants. Je n'oublierai jamais tous ces moments que nous avons partagés et ton dévouement si intense.

A Tous les membres de ma famille : Je vous remercie pour votre bienveillance et pour votre soutien depuis ma plus tendre enfance. Je vous remercie pour tout l'amour dont vous me témoignez, il m'aide à être plus forte chaque jour.

A tous mes amis : Vous êtes pour moi une épaule sur laquelle je peux me reposer. Je vous remercie pour tout le soutien que vous m'avez apporté depuis ces nombreuses années. Je n'oublierai pas tous ces moments de bonheur et tous les services rendus. Votre amitié est chère à mon cœur. Merci à Aurélie QUELENNEC, Nicolas LAFONT, Emmanuel SPINETTA, Émeline VAIRAI, Guillaume CANU, Maïté JARRIGE, Rodérick VIALLET, Cédric LAMMERTYN, Eugénie MOUNAUD, Paul Armand DUJARDIN, Romain NOEL, Florie TRAOUEN, Aurélie LABBE, Naeem MALIK.

Et à tous les danseurs et danseuses dont je n'ai pas cité le nom mais avec qui j'ai plaisir d'échanger. Votre présence bienveillante et votre écoute sont précieuses à mon cœur.

RESUME

Introduction : L'association ASALEE repose sur la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmières ASALEE pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Le médecin généraliste propose au patient de débiter un suivi puis organise le relais vers l'infirmière ASALEE.

Objectif : Recueillir le ressenti des infirmières ASALEE sur le recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée entre mars et mai 2020 au moyen d'entretiens semi dirigés auprès de 14 infirmières ASALEE en Indre et Loire.

Résultats : Les infirmières étaient globalement satisfaites du recrutement bien que les pratiques soient très variables d'un cabinet médical à l'autre. A leurs yeux, la responsabilité du recrutement incombait au médecin généraliste avant tout. Elles ont exprimé principalement deux attentes à l'égard du recrutement : recruter l'ensemble des patients diabétiques de type 2 et développer davantage la présentation orale.

Discussion : Les médecins et les infirmières ont deux postures différentes à l'égard des patients. Les infirmières, en adoptant une démarche centrée pathologie, souhaiteraient pouvoir suivre l'intégralité des patients diabétiques de type 2. Les médecins quant à eux, adoptent une approche centrée patient, et préfèrent sélectionner les patients selon leur degré de motivation, leurs autres comorbidités, leur contexte socio-culturel, religieux... Ces deux visions distinctes peuvent fragiliser la collaboration médecin/infirmière. Le recrutement pose donc la question de la place de chacun dans le cadre de l'exercice coordonné dans les soins primaires. Des échanges réguliers et respectueux sont indispensables pour aider les professionnels à mieux se connaître et s'approprier leurs rôles respectifs.

Mots clés : Infirmière, ASALEE, diabète de type 2, médecine générale, collaboration, recrutement des patients, soins primaires, exercice coordonné, centré patient.

SUMMARY

Introduction: The ASALEE association facilitate the collaboration between general practitioners and ASALEE nurses about the type 2 diabetic patients care. The general practitioner offer to the patient a follow up of their diabetes and then get organised with the ASALEE nurse to carry on this follow up.

Objective: To collect the feelings of ASALEE nurses on the recruitment of type 2 diabetic patients by the Doctor.

Material and Method: A qualitative study was carried out between March and May 2020 by means of semi-structured interviews with 14 ASALEE nurses in Indre et Loire.

Results: The nurses were generally satisfied with the recruitment, although the practices varied greatly from one Doctor to another. From their point of view, the responsibility of the recruitment goes first and foremost to doctor. They mainly have two expectations about the recruitment: to recruit all type 2 diabetic patients and improve the oral presentation.

Discussion: Doctors and nurses have two different ways to apprehend the patients. Nurses, with a pathology-centered approach, would like to be able to follow all type 2 diabetic patients. Doctors, for their part, adopt a patient-centered approach, and prefer to select patients according to their motivation, their other comorbidities, their social background and religious convictions, etc. These two distinct points of view can weaken the doctor / nurse collaboration. Recruitment therefore raises the question, what role for the nurse and for the doctor in this primary care coordinated exercise. Regular and respectful exchanges are essential to help nurses and doctors to know each other better and take the lead of their field of competence.

Keywords: Nurse, ASALEE, type 2 diabetes, general practice, collaboration, patient recruitment, primary care, coordinated exercise, patient.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DRAW : Diagnosis, Recent changes, Anticipated changes, What to watch for

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

ECG : ElectroCardioGramme

ETP : Education Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d’Etat

IDSP : Infirmièr(e) Déléguée à la Santé Publique

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTSS : Organisation et Transformation du Système de Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNSE : Plan National Santé Environnement

PSSB : Plan Santé Sport Bien Etre

SAED : Situation Antécédent Education Développement

INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE.....	17
1. LE CHOIX DU TYPE D'ETUDE.....	17
2. LA POPULATION ETUDIEE	17
a) Critères d'inclusion.....	17
b) Échantillon raisonné.....	17
c) Recrutement des participant(e)s.....	17
3. LE GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF	18
4. LES ENTRETIENS.....	18
a) Déroulement des entretiens	18
5. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	19
RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS.....	20
I. CARACTERISTIQUES DES INFIRMIERES	20
1. LE GENRE	20
2. L'AGE DES INFIRMIER(E)S	20
3. LE PARCOURS PROFESSIONNEL	21
4. L'INTEGRATION AU SEIN DE L'ASSOCIATION ASALEE	21
5. LA TYPOLOGIE DU CABINET MEDICAL	22
II. ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS	23
A. LES PRATIQUES ACTUELLES DE RECRUTEMENT DES PATIENTS	
DIABETIQUES DE TYPE 2.....	23
1. LA QUANTITE DE PATIENTS RECRUTES	23
a) Les médecins qui recrutaient beaucoup de patients	23
b) Les médecins qui recrutaient peu.....	23
2. LE CHOIX DES PATIENTS RECRUTES	24
a) Un recrutement « large ».....	24
b) Des critères de sélection spécifiques.....	24
3. LA PRESENTATION ORALE DE L'INFIRMIERE PAR LE MEDECIN	24
4. L'ADRESSAGE DU PATIENT A L'INFIRMIERE ASALEE	25
a) L'infirmière appelait le patient	25
b) Le patient contactait l'infirmière.....	26
d) Le médecin fixait d'emblée un rendez-vous	26
B. LE RESSENTI DU RECRUTEMENT PAR LES INFIRMIERES ASALEE	26
1. SUR L'ATTRIBUTION DE LA RESPONSABILITE DU RECRUTEMENT	26
a) Une approbation du rôle pivot donné au médecin généraliste	26
b) Une opposition à recruter elles-mêmes	27
c) La peur de paraître intrusive	27
d) Des expériences de recrutement positives	28
e) Regard sur la place des autres professionnels	28
f) Recrutement par les patients eux-mêmes.....	28
2. LE RESSENTI DES INFIRMIERES SUR LES PATIENTS ADRESSES	29
a) Une satisfaction des patients rencontrés	29
b) Un ressenti différent selon les patients	29
3. LE RESSENTI DES INFIRMIERES SUR LA PRESENTATION ORALE.....	29
a) Des explications trop succinctes	29
4. LES ATTENTES DES INFIRMIERES SUR LE RECRUTEMENT	30

a)	Recruter l'ensemble des patients diabétiques de type 2.....	30
b)	Recruter plusieurs fois les patients même en cas de refus	31
c)	Adresser en priorité les patients motivés à changer	32
d)	Limiter le recrutement de certains profils de patients	32
e)	Des attentes plus spécifiques et personnelles.....	32
5.	COMMENT AMELIORER LA PRESENTATION ORALE FAITE PAR LE MEDECIN ?.....	33
a)	A quel moment de la consultation ?.....	33
b)	Comment amener la problématique ?	33
c)	Expliquer au patient qu'il doit être acteur de sa santé	34
d)	Montrer les forces du travail pluriprofessionnel	34
e)	Le recours à des mots clés pour valoriser l'infirmière.....	34
f)	Rappeler l'absence d'obligation à poursuivre le suivi	35
g)	La notion de gratuité	35
6.	REMISE D'UN DEPLIANT EXPLICATIF PAR LE MEDECIN ?.....	35
7.	ORGANISER UNE CONSULTATION A TROIS POUR LE RECRUTEMENT ?.....	35
a)	Plusieurs bénéfices attendus.....	35
b)	Les arguments opposés à cette solution	36
c)	La mise en œuvre de cette consultation au cours du recrutement.....	37
8.	DEVELOPPER LA COMMUNICATION GRAND PUBLIC ?	37
a)	La création d'affiches ASALEE	37
b)	Difficultés à concevoir le design de l'affiche	38
c)	La mise à disposition de petites cartes	38
d)	La création des groupes de marche	38
e)	Création d'un groupe piscine :	39
f)	Projets de création d'un atelier diététique	39
	DISCUSSION	40
1.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	40
2.	DISCUSSION DES RESULTATS	41
a)	Les infirmières souhaitaient que le médecin recrute l'intégralité de ses patients diabétiques de type 2.....	41
b)	Les infirmières ne savaient pas comment les médecins procédaient pour recruter leurs patients diabétiques de type 2	42
c)	Les infirmières approuvaient globalement les « protocoles » mis en œuvre par le médecin	42
d)	La majorité des infirmières ne souhaitait pas avoir la responsabilité du recrutement ...	43
e)	Les infirmières constataient être le plus souvent à l'origine des interactions avec les médecins.....	44
f)	Les infirmières percevaient la qualité des échanges et de leur relation avec les médecins comme un pré requis indispensable pour le recrutement.	45
g)	Les infirmières s'accordaient pour dire que les patients devaient avoir une démarche active dans le recrutement.....	46
	CONCLUSION.....	47
	BIBLIOGRAPHIE	49
	ANNEXE 1 GUIDE D'ENTRETIEN.....	52
	ANNEXE 2 MAIL DE PRESENTATION.....	53
	ANNEXE 3 MAIL DE REMERCIEMENT	54

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une pathologie dont la prévalence ne cesse d'augmenter en France^{1 2}. Ces dernières années, de nombreuses initiatives politiques et sanitaires ont donc vu le jour, pour tenter de limiter les conséquences médicales, sociales, financières et professionnelles du diabète. Le programme ASALEE est un exemple parmi d'autres (SOPHIA, PNNS, PNSE, PSSB)³.

L'association ASALEE, ou Action de Santé Libérale En Equipe, a été créée en 2004 par deux médecins généralistes des DEUX-SEVRES, dont le Docteur Jean GAUTIER. Elle est le fruit d'un concept innovant et ambitieux : déléguer certaines tâches du médecin généraliste à une infirmière «de pratique avancée ». C'est donc une nouvelle approche de l'organisation des soins primaires, dans la prise en charge du diabète de type 2.

Des protocoles ont été rédigés afin de poser un cadre d'exercice aux différents professionnels⁴. L'infirmière libérale reçoit une formation d'une quarantaine d'heures, pour satisfaire au diplôme d'infirmière ASALEE. En pratique l'inclusion des patients est faite par le médecin ; l'infirmière assure une consultation initiale sur le thème principal de santé (diabète, HTA ou enquête alimentaire, sociale...). Puis elle rédige une synthèse dans le dossier patient du médecin et reporte ces éléments dans les bases de données d'ASALEE centralisées en temps réel. Les échanges entre l'infirmière et le patient évoluent au fil des besoins du patient mais toujours en adoptant une démarche d'éducation thérapeutique. L'infirmière accompagne et soutient le patient dans sa démarche de changement. Elle prescrit et réalise également certains examens complémentaires sous certaines conditions (des électrocardiogrammes, des prélèvements sanguins veineux, des tests au mono filament...). Médecins et infirmières échangent à intervalles plus ou moins réguliers sur leurs actions et impressions respectives.

L'association ASALEE a pour objectif de redéfinir les rôles et places de l'infirmière et du médecin, dans l'organisation des soins primaires. Elle s'inscrit dans une volonté de coopération où chacun évolue en interdépendance dans le but commun d'améliorer la prise en charge du patient. Elle sous-tend une redistribution des responsabilités, de façon égalitaire et des échanges réguliers pour inventer des solutions innovantes adaptées aux besoins des patients. Cette nouvelle approche montre des résultats prometteurs⁶ et apporte un sentiment de satisfaction aussi bien aux patients qu'aux professionnels concernés^{7 8 9}.

Le déploiement de ce dispositif étant encore récent, les pratiques restent à ce jour encore très hétérogènes selon les binômes infirmière/médecin, avec une délégation plus ou moins étendue d'actes dérogatoires, des échanges plus ou moins réguliers, une quantité variable de patients recrutés¹⁰.

Les protocoles actuels prévoient un recrutement exclusif par le médecin généraliste⁵. En revanche, ils ne donnent pas de critères précis quant aux caractéristiques des patients à recruter. Les seules conditions actuellement en vigueur sont stipulées comme suit : « les patients diabétiques de type 2 avérés, dont le médecin généraliste est le médecin traitant, directement repérés dans les bases de données du cabinet, ou dépistés au cours d'une prise en charge au fil de l'eau, par deux glycémies successives à plus de 1,26 gramme par litre. »

La pratique montre que les médecins généralistes ne recrutent pas tous leurs patients diabétiques de type 2. Ces médecins interrogés par C. VEZIEN ¹¹ se justifient au travers de divers arguments : par oubli ou manque d'habitude, attitude opposante du patient... Ces réponses nous amènent à penser que le recrutement dépendrait en grande partie du ressenti et donc de la subjectivité du médecin plus que sur des critères bio médicaux stricts.

Le médecin généraliste étant le seul à avoir l'autorisation de recruter, l'infirmière ASALEE ne suit donc que les patients qui lui sont adressés. Est-elle en accord avec les choix réalisés par le médecin ? Souhaiterait-elle un recrutement différent ? Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données dans la littérature ayant exploré ce point précis. Mon travail va donc s'attacher à répondre à cette problématique : quel est le ressenti des infirmières ASALEE quant au recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste ?

MATERIEL ET METHODE

1. Le choix du type d'étude

L'étude qualitative a exploré précisément le ressenti et le point de vue des infirmières ASALEE sur le recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste.

Elle s'est déroulée sous la forme d'entretiens semi dirigés entre le 20 mars 2020 et le 18 avril 2020.

2. La population étudiée

a) Critères d'inclusion

Les infirmières exerçaient sous le statut d'ASALEE à la date du début de l'étude en Indre-et-Loire. Leur participation était basée sur le volontariat.

b) Échantillon raisonné

Afin d'obtenir un large éventail de réponses, l'échantillon a été construit de manière raisonnée. Les infirmières ont été recrutées de façon à être les plus différentes possible en termes de genre, d'âge, de lieu (rural, semi rural ou urbain), de mode d'exercice (MSP, cabinet de groupe...), parcours professionnel, et de nombres d'années d'ancienneté au sein de ASALEE.

Je n'ai pas défini au départ un nombre précis d'infirmières ASALEE à recruter. Ce dernier était déterminé par la richesse des données obtenues lors des entretiens. La saturation des données était nécessaire.

c) Recrutement des participant(e)s

Les infirmières ont été contactées initialement par mail. La thématique de l'entretien était présentée de façon volontairement vague (j'ai simplement précisé la population concernée à savoir les diabétiques de type 2). Une relance par mail et/ou téléphone a été effectuée en l'absence de réponse.

Les infirmières ayant accepté de participer à l'étude m'ont répondu par mail ou par téléphone. Nous avons convenu ensemble du lieu et de l'horaire de l'entretien selon nos disponibilités respectives.

Un formulaire de consentement individuel avait été envoyé par mail avant chaque entretien. Ce dernier précisait à chacune que les entretiens seraient enregistrés et les données anonymisées dès la fin de l'étude.

3. Le guide d'entretien qualitatif

Les entretiens étaient semi-dirigés grâce à un guide d'entretien aidant à cibler les thématiques à aborder lors des discussions et à relancer les échanges. Il est le fruit de mes interrogations suites à mes recherches bibliographiques.

Mon guide d'entretien comportait cinq questions centrées sur l'expérience professionnelle des infirmières :

1. Comment se passe le recrutement des patients diabétiques de type 2, expliquez-moi ?
2. Que pensez-vous du choix des patients qui vous sont adressés ?
3. Avez-vous la possibilité d'échanger avec le médecin généraliste des modalités de ce recrutement ?
4. Si vous étiez à la place du médecin généraliste, comment procéderiez-vous pour recruter les patients ?
5. Comment pourrait-on améliorer ce recrutement ?

Les questions se voulaient les plus ouvertes possibles afin de ne pas influencer la réponse de l'infirmière et la laisser s'exprimer librement. Les questions fermées me permettaient de recadrer les échanges, les relancer ou préciser certains points. J'ai réalisé un entretien test en situation réelle auprès d'une infirmière ASALEE pour tester mon guide d'entretien. Je ne l'ai pas incluse dans le codage de mes données. Mon guide d'entretien s'est enrichi au fur et à mesure des entretiens avec de nouvelles thématiques abordées telles que la consultation à trois par exemple.

4. Les entretiens

a) Déroulement des entretiens

Initialement, les entretiens devaient avoir lieu en face à face dans un endroit calme, neutre et adapté pour favoriser les échanges. Du fait des mesures de confinement imposées par le gouvernement, la majorité des entretiens ont eu lieu par vidéoconférence au moyen du logiciel « ZOOM ». Chaque entretien a été enregistré simultanément par le logiciel et par la fonction audio de mon téléphone portable. Les entretiens en face à face étaient enregistrés à l'aide du téléphone portable. A chaque intervention, j'ai commencé par me présenter, puis j'ai rappelé les objectifs de mon étude et la sous-population concernée à savoir les patients diabétiques de type 2.

Les caractéristiques des infirmières ont été recueillies à la fin des entretiens par l'intermédiaire de questions brèves.

5. Traitement et analyse des données

Les verbatim ont été retranscrits dans leur intégralité dès que possible après l'entretien, sur support informatique à savoir le logiciel Microsoft Office Word 2000. Les hésitations, les silences, les rires ont également été retranscrits.

Les données ont été anonymisées de la façon suivante :

- Les infirmières ont été mentionnées par le numéro de l'entretien (IDE 1 pour l'entretien 1, etc.) ;
- Les lieux ont été remplacés par des lettres majuscules ;
- L'ensemble des infirmier(e)s était désigné sous un genre féminin.

L'analyse des verbatim a été faite manuellement au fur et à mesure des entretiens. Chaque phrase ou partie porteuse de sens a été codée. Les résultats issus de ce codage axial ont ensuite été intégrés dans un tableau Excel, en les regroupant par thèmes. La construction progressive du tableau a permis de déterminer à quel moment les données étaient saturées.

In fine, cette analyse a permis d'élaborer plusieurs pistes de réflexions, par confrontation avec les données de la littérature existantes à cette période précise.

RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

I. Caractéristiques des infirmières

1. Le genre

Au total 14 infirmier(e)s ont participé à l'étude dont 1 homme et 13 femmes.

2. L'âge des infirmier(e)s

La moyenne d'âge des infirmier(e)s était de 45 ans avec des extrêmes allant de 29 ans à 63 ans.

	<u>Âge</u>	<u>Sexe</u>	<u>Année diplôme</u>	<u>Parcours professionnel (Par ordre chronologique)</u>	<u>Mode de recrutement de l'infirmière</u>
<u>IDE 1</u>	33 ans	Femme	2009	Service Hospitalier Cadre Activité libérale	Médecin généraliste
<u>IDE 2</u>	50 ans	Femme	2009	Reconversion professionnelle EHPAD Activité libérale	Médecin généraliste
<u>IDE 3</u>	35 ans	Homme	2008	Service hospitalier/clinique Cadre de santé HAD	Séminaire
<u>IDE 4</u>	35 ans	Femme	2010	Service hospitalier	Séminaire
<u>IDE 5</u>	42 ans	Femme	2002	Service hospitalier (diabétologie)	Séminaire
<u>IDE 6</u>	52 ans	Femme	1998	Reconversion professionnelle Service hospitalier Activité libérale	Séminaire
<u>IDE 7</u>	49 ans	Femme	2011	Reconversion professionnelle Service hospitalier	Médecine du travail
<u>IDE 8</u>	37 ans	Femme	2006	Service hospitalier EHPAD	Médecin généraliste
<u>IDE 9</u>	61 ans	Femme	1981	Service hospitalier Médecine scolaire	Kinésithérapeutes
<u>IDE10</u>	29 ans	Femme	2013	Service hospitalier (diabétologie)	Conseillers
<u>IDE11</u>	53 ans	Femme	1988	Activité libérale	Médecin généraliste
<u>IDE12</u>	63 ans	Femme	1978	Service hospitalier Activité libérale	Séminaire
<u>IDE13</u>	52 ans	Femme	1993	Service hospitalier Educatrice pour enfants Activité libérale	Médecin généraliste
<u>IDE14</u>	39 ans	Femme	2002	Service hospitalier Missions territoriales	Médecin généraliste

Tableau1 : Caractéristiques démographiques des infirmières ASALEE interrogées

3. Le parcours professionnel

Sur les 14 infirmier(e)s interrogé(e)s, 2 avaient obtenu leur diplôme dans un second temps suite à une reconversion professionnelle. Elles étaient initialement « aides-soignantes ».

Leurs parcours professionnels étaient très variés au sein de services hospitaliers (psychiatrie, pôle mère/enfant, urgences, gériatrie...), EHPAD, maison pour enfants...

Ce tableau met en évidence plusieurs constats :

- ✓ 12 d'entre elle ont débuté leur carrière professionnelle dans un service hospitalier ;
- ✓ 6 infirmières ont choisi d'exercer une activité libérale. Elles avaient toutes eu une première expérience hospitalière.

Au moment de leur intégration au sein d'ASALEE, seulement 3 d'entre elles, avaient déjà pratiqué de l'éducation thérapeutique

- ✓ 2 infirmières en service de diabétologie ;
- ✓ 1 infirmière dans une maison pour enfants.

4. L'intégration au sein de l'association ASALEE

Les infirmières avaient eu connaissance de l'association par différents moyens de communication :

- ✓ 6 infirmières avaient été recrutées par un médecin généraliste ;
- ✓ 5 infirmières avaient connu ASALEE en assistant à un séminaire/formation ;
- ✓ 1 infirmière via la médecine du travail ;
- ✓ 1 infirmière l'avait appris par le kinésithérapeute ;
- ✓ 1 infirmière via une consœur.

Les motivations des infirmières à intégrer l'association étaient diverses :

- ✓ Meilleure qualité de vie au travail : 7 IDE.
- ✓ Pouvoir être disponible pour écouter le patient : 14 IDE
- ✓ Expérience d'une nouvelle activité : 14 IDE
- ✓ Approfondir ses connaissances : 5 IDE

Leur ancienneté au sein de l'association ASALEE s'échelonnait de 3 mois à 7 ans et 3 mois, soit une moyenne de 30 mois.

	<u>Ancienneté au sein ASALEE</u>	<u>Temps</u>	<u>Typologie du cabinet médical</u>	<u>Nbr de médecins</u>	<u>Secteur géographique</u>
IDE 1	7 mois	40 %	MSP	10 dont 4 mi temps	Semi rural
IDE 2	4 ans	20 %	MSP	5 (4 mi- temps)	Semi rural
IDE 3	3 mois	40%	MSP Cabinet de groupe	6 2	Semi rural Rural
IDE 4	10 mois	100 %	MSP	7 (1 mi- temps)	Rural
IDE 5	1 an 3 mois	100 %	MSP (dist géogra) Cabinet de groupe	2 4	Rural Semi rural
IDE 6	7 ans 3 mois	20 %	MSP	4	Rural

	<u>Ancienneté au sein ASALEE</u>	<u>Temps</u>	<u>Typologie du cabinet médical</u>	<u>Nbr de médecins</u>	<u>Secteur géographique</u>
IDE 7	3ans 11mois	100 %	Cabinet de groupe	4 2	Urbain Urbain
IDE 8	7 mois	100 %	Cabinet de groupe	4	Semi rural
IDE 9	2 ans 10 mois	40 %	MSP	3	Semi rural
IDE 10	3 mois	60 % + 1j/m centre exam santé	MSP	4	Semi rural
IDE 11	3 ans 10 mois	100 %	MSP Cabinet individuel	3 1	Rural
IDE 12	6 ans 5 mois	50 %	MSP	5	Semi rural
IDE 13	3 mois	40 %	MSP	3	Rural
IDE 14	3ans	20 %	MSP	3 2 asalee	Semi rural

Tableau 2 : Modalités d'exercice et ancienneté des infirmières ASALEE

5. La typologie du cabinet médical

Elles exerçaient dans des structures médicales plus ou moins importantes :

- ✓ 9 infirmières étaient rattachées à une maison de santé pluridisciplinaire ;
- ✓ 2 infirmières étaient rattachées à un cabinet médical de groupe ;
- ✓ 3 infirmières étaient rattachées aux 2 types de structures (dont 1 rattachée à une MSP géographiquement dissociée).

Le nombre moyen de médecins par structure était de 3. Le plus petit cabinet comptait 1 seul médecin et le plus important comptait 6 médecins.

Une infirmière exerçait dans une MSP comportant 3 autres cabinets d'infirmières libérales. Deux infirmières exerçaient au sein de la même MSP avec un 40 % et un 60 % temps plein, chacune ayant ses propres patients.

En termes de secteur géographique.

- ✓ 4 infirmières travaillaient en milieu rural ;
- ✓ 7 infirmières travaillaient en milieu semi rural ;
- ✓ 2 infirmières travaillaient à la fois en milieu rural et semi rural ;
- ✓ 1 infirmière travaillait en milieu urbain.

II. Analyse des entretiens semi directifs

A. Les pratiques actuelles de recrutement des patients diabétiques de type 2

1. La quantité de patients recrutés

a) Les médecins qui recrutait beaucoup de patients

Certains médecins recrutait de nombreux patients en proposant de façon assez **systématique leurs patients diabétiques de type 2**.

- IDE2 : « C'est le médecin P. et le médecin B., qui eux m'envoient beaucoup de monde » Cf. p. 9.

b) Les médecins qui recrutait peu

A contrario, d'autres médecins ne recrutait **que peu de patients**. La raison pouvait être une **absence de besoin ressenti** à être aidé par une tierce personne.

- IDE 14 : « Il y a une des médecins qui ne nous adresse pas de patients. Elle dit qu'elle fait elle-même son ETP, donc elle n'exprime pas de besoin d'être accompagnée. » Cf. p. 180

Certains médecins recrutait peu **par simple oubli**.

- IDE2 : « Après moi je n'en veux à personne, ils font ce qu'ils peuvent, ils sont comme moi, bah des fois ils oublient » Cf. p. 12.
- IDE7 : « J'ai discuté avec le Dr M. la dernière fois et... il m'a dit que « Bien, j'oublie que tu es là quoi ». Il me voit mais quand il a son patient en face de lui, il oublie que... » Cf. p. 82.

Ce pouvait être aussi **par manque d'habitude**.

- IDE2 : « Il ne m'a pas encore adressé de patient. Il sait que je suis là, que je peux prendre des patients mais je ne suis pas encore dans sa routine quoi... » Cf. p. 9.
- IDE5 : « Pour l'instant, les médecins sont habitués à fonctionner tout seuls, faire venir une tierce personne, ce n'est pas simple. » Cf. p. 48.

Un des médecins travaillant avec l'IDE 2 s'était justifié par le fait d'avoir **une patientèle très jeune**, ce qui diminuait le nombre de patients éligibles.

- IDE2 : « Dr Y, elle, moi je sais que pour en avoir parlé avec elle au départ ; en fait, elle n'a pas beaucoup de patients diabétiques...Elle a une patientèle plutôt jeune et voilà. » Cf. p. 9.

Un dernier frein possible au recrutement était **la présence d'un interne** au sein du cabinet médical pour l'IDE 11.

- IDE11 : « C'est vrai que sur les renouvellements d'ordonnance... les internes en font beaucoup en fait... sur les « chroniques ». Voilà donc ça, cela peut être une explication aussi. » Cf. p. 138.

2. Le choix des patients recrutés

a) Un recrutement « large »

Certains médecins avaient fait le choix de recruter et d'adresser leurs patients quelle que **soit l'évolution de la maladie**.

- IDE4 : « Il y en a une qui m'envoie volontiers tous les patients diabétiques un peu dans l'idée qu'ils me rencontrent de façon presque systématique en fait... » Cf. p. 40.

Les médecins du cabinet de l'IDE11 recrutait systématiquement tous leurs patients au moment **de l'annonce diagnostique du diabète**.

- IDE11 : « Un des critères : c'est la découverte... Ils me sont adressés parce que, là forcément, derrière il y a des questions. » Cf. p.138.

b) Des critères de sélection spécifiques

Plusieurs médecins **recrutaient** leurs patients en fonction **de critères plus ou moins précis et conscients**. Ils recrutait par exemple **les patients en demande d'explications**.

- IDE1 : « Quand le patient a beaucoup de questions, dans ces cas-là, il va me les envoyer » Cf. p. 1.
- IDE11 : « Dès qu'un patient va avoir des questions... donc là ça m'est adressé... » Cf. p. 138

Ils recrutait en priorité les patients ayant une **élévation de l'hémoglobine glyquée...**

- IDE1 : « ça va être des patients qui ont des hémoglobines glyquées qui ne vont pas être trop stables » Cf. p. 1.
- IDE6 : « Les médecins m'envoient surtout les gens qui ont une hémoglobine glyquée qui grimpe » Cf. p.68.

Parfois, les **médecins eux-mêmes jugeaient** qu'un suivi serait bénéfique pour leur patient.

- IDE8 : « Les médecins estiment si eux d'un point de vue médical... s'il y a besoin, ils me les envoient. » Cf. p. 89.

Certains médecins recrutait principalement les patients pour **lesquels ils se sentaient en échec**.

- IDE4 : « Ils ont plutôt tendance à vouloir m'envoyer les patients évidemment avec qui, eux en tant que médecins, ils n'arrivent pas à avancer... » Cf. p. 37.

Quelques médecins avaient recruté de façon exceptionnelle des **patients diabétique de type 1**

- IDE10 : « On peut faire malgré tout, des dérogations si c'est bien posé dans un cadre entre le médecin et l'infirmier. » Cf. p. 114.

3. La présentation orale de l'infirmière par le médecin

Le médecin expliquait brièvement à l'oral au patient **les rôles et missions** de l'infirmières ASALEE pour le recruter.

- IDE4 : « Elle leur parlait de moi, elle leur disait ben vous savez ici, il y a une infirmière ASALEE, elle peut peut-être vous aider, faire le point sur votre diabète... » Cf. p.32.

Certaines infirmières procédaient à une **évaluation indirecte** de cette présentation en posant **la question d'emblée** au patient. Par ce moyen, elles savaient ce qu'il avait retenu et quels étaient ses objectifs.

- IDE8 : « Alors, en général, quand ils viennent pour une première consultation, je leur demande si le médecin leur a expliqué quel était mon rôle au sein du cabinet et la plupart du temps, ils ont bien compris. » Cf. p. 95.

4. L'adressage du patient à l'infirmière ASALEE

Si le patient acceptait de débiter un suivi, alors le médecin généraliste le réorientait vers l'infirmière ASALEE.

- IDE7 : « ils donnent ma carte ou alors, ça se fait entre deux portes : les patients sont là et je suis là et ils me présentent au patient et ça se fait comme ça. » Cf. p.75.

Les pratiques étaient différentes selon les cabinets.

a) L'infirmière appelait le patient

Dans plusieurs cabinets médicaux, l'infirmière **contactait elle-même le patient par téléphone** suite à la demande du médecin.

- IDE2 : « le médecin demande au patient s'il est d'accord... j'ai un post-it et je le rappelle » Cf. p. 10.
- IDE8 : « Les médecins viennent me voir en disant « J'ai vu telle personne aujourd'hui, ils sont d'accord pour te rencontrer. » Ils me donnent leurs coordonnées et moi, je les contacte » Cf. p. 85.

Cette façon de procéder était appréciée par les infirmières car elles pouvaient **se présenter elles-mêmes** et expliquer leur rôle au patient.

- IDE11 : « Parce que ça permet de se présenter plus longuement et qu'il trouve un intérêt à la consultation. ». Cf. p.132.

Elles voyaient cette démarche comme **un premier contact sans obligation pour le patient.**

- IDE4 : « Moi je leur tends une main en fait, je les contacte, je leur explique de vive voix ce que je fais, je leur dis que voilà évidemment il n'y a aucune obligation. » Cf. p. 33.

En appelant, l'infirmière 4 avait le **sentiment de faire tomber des barrières.**

- IDE4 : « La plupart du temps en fait, je pense que ça démystifie un peu la chose de m'avoir au téléphone. » Cf. p. 33.

L'IDE5 pensait recruter un **nombre de patients** plus important en les contactant.

- IDE5 : « Je pense que ça a un impact parce que pour un des médecins, il m'a dit « ah, vous voyez que ça sur mes patients » et j'ai dit oui. Il m'a dit « mais j'ai donné la carte à beaucoup plus de gens... » Ce qui montre bien qu'on en perd énormément, si on ne fait pas ça. » Cf. p. 57.

Le fait d'appeler pouvait être perçu par les patients **comme une marque d'intérêt.**

- IDE11 : « Alors c'est pertinent de les rappeler quand même parce que c'est vrai que... comment dire... ça leur montre l'intérêt qu'on leur porte » Cf. p. 132

Les IDE 4 et 12 avaient choisi de ne passer qu'un seul **appel téléphonique**. Si le patient ne répondait pas, elle en informait le médecin.

- IDE4 : « Ça a été un questionnement pour moi de me dire qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je rappelle ? Est-ce que je relance les gens ?... Moi j'ai pris le pli de ne pas le faire... Je laisse un mot dans le dossier médical comme quoi j'ai contacté le patient. » Cf. p. 38.
- IDE12 : « Nous, on fait... personnellement je ne fais qu'une fois. Je me dis que tout le monde arrive à voir son message à un moment donné, donc s'ils ne rappellent pas... c'est que... c'est que ça ne les intéresse pas ou qu'ils ont changé d'avis. » Cf. p. 149.

L'IDE 5 quant à elle, n'hésitait pas à appeler **plusieurs fois le patient**, si elle tombait sur le répondeur, car elle pensait que le patient n'écoutait pas forcément ses messages.

- IDE5 : « Si une semaine après, je n'ai pas de nouvelles, je les rappelle et puis je réessaie une dernière fois et puis s'ils n'ont pas rappelé... Je n'insiste pas. » Cf. p. 51.

b) Le patient contactait l'infirmière

D'autres médecins avaient fait le choix de laisser le patient libre de rappeler quand il le désirait. Ils leur **remettaient simplement une petite carte** avec les coordonnées de l'infirmière.

- IDE14 : « C'est toujours le patient qui nous rappelle une fois qu'il est prêt à venir en consultation ASALEE. » Cf. p. 179.

Sauf mention contraire du médecin pour des cas bien particuliers...

- IDE3 : « A moins que, que le médecin me dise : « J'en ai parlé mais je ne sais pas s'il va prendre rendez-vous, rappelle le... » Spontanément non ! » Cf. p. 28.

d) Le médecin fixait d'emblée un rendez-vous

- IDE7 : « Il y a quatre médecins. qui... qui mettent les rendez-vous sur Google agenda. » Cf. p. 7.

B. Le ressenti du recrutement par les infirmières ASALEE

1. Sur l'attribution de la responsabilité du recrutement

a) Une approbation du rôle pivot donné au médecin généraliste

Le médecin généraliste était perçu par les infirmières comme le professionnel le plus pertinent pour recruter les patients car il en détenait les **connaissances les plus approfondies**.

- IDE5 : « Le médecin l'avantage, c'est qu'il connaît très bien ses patients... » Cf. p. 47.

Il connaissait **l'état d'esprit de ses patients** au moment de les recruter.

- IDE3 : « Il connaît parfaitement ses patients, il connaît par avance ceux qui seront prêts à discuter de...de leur pathologie ou tout simplement de leur vie...et ceux qui le sont moins. » Cf. p. 21.

Les infirmières y voyaient aussi un tout autre bénéfice : en recrutant, **le médecin se rappelait plus facilement de la présence** de l'infirmière.

- IDE10 : « *Peut-être que le médecin lui, il a aussi besoin d'expliquer mon rôle, pour aussi s'approprier ce binôme* ». Cf. p.126.

b) Une opposition à recruter elles-mêmes

Certaines infirmières ne souhaitaient pas recruter elles-mêmes pour diverses raisons. La troisième souhaitait respecter **les protocoles officiels prévus par** l'association ASALEE.

- IDE3 : « *Au sens propre du fonctionnement d'ASALEE, techniquement c'est uniquement par passage du médecin.* » Cf. p. 28.

Le diabète **étant une pathologie chronique** avec un suivi régulier, le recrutement n'était donc pas une démarche à initier en urgence.

- IDE3 : « *En fait, il n'y a pas d'urgence à recruter des patients, de toute façon le médecin, il va voir tous ses patients entre 3 et 6 mois de temps.* » Cf. p. 28.

Les IDE 2 et 9 pensaient **qu'elles n'avaient pas les compétences professionnelles** nécessaires pour pouvoir recruter.

- IDE2 : « *Après, moi je sais que je ne suis qu'une infirmière. Je suis persuadée que les médecins savent plus de choses que moi...* ». Cf. p.13.
- IDE9 : « *Je pense que ça relève plus du médecin oui... Que je n'ai peut-être pas les compétences* ». Cf. p.104.

Pour l'IDE8, le diabète étant une **pathologie médicale**, elle ne se sentait donc **pas « légitime »** pour recruter.

- IDE8 : « *C'est un suivi médical et du coup, si c'est le médecin qui me l'adresse, pour moi, c'est plus légitime entre guillemets.* » Cf. p. 95.

Certaines avaient **peur de porter cette responsabilité.**

- IDE5 : « *Que c'est moi qui choisisse, non !! Non, car je ne m'en sens pas le cran.* ». Cf. p.47.

c) La peur de paraître intrusive

Certaines d'entre elles ne souhaitaient pas recruter **par crainte de paraître intrusives aux yeux du patient.**

- IDE3 : « *Je n'ai jamais recruté de patient de moi-même : Je ne suis pas hyper favorable au démarchage téléphonique... C'est trop intrusif... Non je ne trouve pas un intérêt particulier* » Cf. p. 28.
- IDE8 : « *En fait, je pars du principe que si c'est moi qui vais chercher les patients, j'ai peur d'être intrusive et j'ai peur de... de leur faire peur, tout simplement.* » Cf. p. 95.

Elles auraient le sentiment **d'outrepasser leurs fonctions, avec la crainte de froisser le médecin.**

- IDE5 « *Je n'ai pas envie du tout, du tout, de prendre un rôle ou de leur dire, et bien moi je voudrais bien voir tes patients, Untel et Untel... Non ce n'est pas à moi de choisir, c'est à lui !!* ». Cf. p.47.

d) Des expériences de recrutement positives

Quelques fois, le recrutement avait eu lieu suite à **la demande du patient** : à l'occasion **de soins à domicile**, lors **des groupes de marche...**

- IDE2 : « *Il est assez demandeur de ça... comme le fait d'être seul, d'être isolé... On s'occupe de lui, ça lui fait du bien, donc il est assez demandeur...* » Cf. p. 14.
- IDE6 : « *Je fais de l'éducation aussi pendant les groupes de marche et certaines personnes demandent à me voir après, soit pour perdre du poids, soit pour arrêter de fumer...* » Cf. p. 71.

De façon très exceptionnelle, certaines avaient recruté elles-mêmes, un de leurs patients car elles avaient jugé qu'il en avait besoin.

- IDE2 : « *On a un patient en commun pour des pansements, là je me suis permise de lui dire là, « est-ce que je peux le voir en ASALEE ? »* Cf. p. 13.
- IDE6 : « *Ça peut être chez certains de mes patients que je vois en tant qu'infirmière libérale... je leur propose de les voir après en ASALEE* » Cf. p. 71.
- IDE12 : « *C'est arrivé sur quelques-uns oui. Oui, oui, mais pas beaucoup.* » Cf. p. 157

L'IDE 9 avait débuté un suivi diabétique chez certains patients qu'elle suivait, initialement, pour un **autre motif** : un sevrage tabagique par exemple.

- IDE9 : « *Par exemple, si je suis une personne pour du surpoids ou du sevrage tabac et chez qui finalement, on fait un dépistage de diabète. Finalement, on la suit pour ça.* » Cf. p. 99.

L'IDE 6 quant à elle, avait recruté quelques patients par le passé car elle avait connu une période où son **activité était trop faible**.

- IDE6 : « *Quand je me suis retrouvée à un moment donné à ne pas avoir assez de patients pour faire mon activité... effectivement... j'ai recruté mais c'est rare, c'est vraiment rare...* » Cf. p. 71.

e) Regard sur la place des autres professionnels

L'IDE4 avait été **agréablement surprise** de rencontrer des patients adressés par les **pharmaciens**.

- IDE4 : « *Alors ça m'est arrivé que des gens me contactent parce que la pharmacie leur avait parlé de moi... des gens qui étaient un peu largués au niveau des médicaments...* » Cf. p. 34.

f) Recrutement par les patients eux-mêmes

Quelque fois, les **patients eux-mêmes recrutaient leurs proches** en discutant.

- IDE2 : « *J'ai eu le cousin de quelqu'un que je suis, qui un jour, a dit à son, à son médecin ... qui est donc le même médecin... « ben tiens moi aussi, j'aimerais bien... » Mais c'est rare !!* » Cf. p. 18.

2. Le ressenti des infirmières sur les patients adressés

a) Une satisfaction des patients rencontrés

Les infirmières **n'attendaient pas un profil « particulier »** de patients.

- IDE2 : « *Moi je fais avec les gens qu'on m'envoie, mais, je n'ai pas d'attente spéciale.* » Cf. p. 10.
- IDE3 : « *Ils savent que je n'attends pas de, pas de prérequis particulier sur les patients.* »

Elles **avaient la volonté de s'adapter à la patientèle** du médecin.

- IDE9 : « *Ce qui est bien, c'est que je m'adapte en fait en fonction des patients.* » Cf. p. 102.

b) Un ressenti différent selon les patients

Les infirmières distinguaient plusieurs profils de patients. Il y avait tout d'abord **les patients motivés** (en demande de conseils, d'explications).

- IDE1 : « *Je vais avoir les patients qui vont... être totalement d'accord ! ... qui sont friands de l'infirmière ASALEE.* » Cf. p. 4.

Venaient ensuite **les patients « curieux »**.

- IDE4 : « *Il y a des patients, je pense, c'est de la curiosité qui les amène à venir me voir* » Cf. p. 37.

Le côté « gratuit » pouvait offrir un aspect attrayant qui facilitait la venue de certains patients.

- IDE4 : « *Y a des gens qui disent oui parce que y a le côté gratuit* »

Il y avait aussi **les patients « non motivés »**, c'est-à-dire les patients qui ne souhaitaient pas changer leurs habitudes de vie.

- IDE4 : « *Et puis il y en a d'autres, leur diabète c'est loin d'eux quoi et donc... venir exprès avec une infirmière qui ne va pas leur renouveler leur ordonnance... enfin ça ne les intéresse pas !* » Cf. p.37.

Elles avaient parfois des patients qui venaient les voir car ils **n'avaient pas osé dire non à leur médecin**.

- IDE8 : « *Ils disent oui au médecin parce qu'ils n'ont pas envie de fâcher le médecin...* » Cf. p. 91.
- IDE12 : « *Ils n'osent pas dire non à leur médecin et puis après... devant nous l'infirmière... des fois ils prennent rendez-vous et ils ne viennent pas.* » Cf. p. 149.

Les patients qui **obéissaient aux « ordres » du médecin** sans avoir perçu l'intérêt du suivi.

- IDE6 : « *Ils viennent parce que le docteur l'a dit mais sans peut être avoir trop compris...* » Cf. p. 66.

3. Le ressenti des infirmières sur la présentation orale

a) Des explications trop succinctes

Trois infirmières percevaient cette présentation comme beaucoup **trop brève**, car le médecin ne prenait pas **le temps d'expliquer** correctement son rôle et ses missions.

- IDE3 : « Ils vont juste dire qu'il y a un infirmier qui peut les aider, ils vont donner la carte... et puis ce sera en fin de consultation... terminé !! » Cf. p. 25.
- IDE6 : « Ils disaient un peu voilà : « vous appelez l'infirmière ASALEE » sans trop d'explications... ce n'était pas très... » Cf. p. 67.
- IDE7 : « On ne peut pas présenter une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique en disant simplement : « Vous allez voir l'infirmière du cabinet, elle va vous aider. C'est un peu juste. » » Cf. p. 79.

Pour deux infirmières, ceci avait un effet délétère sur le recrutement avec **une moindre adhésion** des patients.

- IDE3 : « Disons que la manière de présenter l'infirmier ou du moins la future consultation et le suivi... ça fait passer d'une chance sur deux à une chance tout court. » Cf. p. 26.
- IDE11 : « Si l'infirmière ASALEE n'est pas bien présentée, elle ne fait pas partie intégrante de l'équipe et... et le patient ne viendra pas. Il ne comprendra pas l'intérêt de venir. » Cf. p. 136.

4. Les attentes des infirmières sur le recrutement

a) Recruter l'ensemble des patients diabétiques de type 2

Les infirmières pensaient qu'il **fallait toujours essayer** même si le patient risque de refuser.

- IDE2 : « Il faut toujours essayer ! Moi franchement, la porte sera toujours ouverte » Cf. p. 11.
- IDE6 : « Je pense qu'il y a des gens que je ne vois pas et qu'il serait intéressant que je vois. » Cf. p. 67.

Tous les patients diabétiques devaient être recrutés **pour avoir la possibilité de choisir**.

- IDE8 : « Le travail du médecin en gros, c'est de proposer cette chance à chaque patient... » Cf. p. 91.
- IDE8 : « C'est proposer l'opportunité à chaque patient diabétique d'être acteur de sa maladie... On est sur l'égalité des chances quoi. » Cf. p. 95.

Certains patients jugés « **opposants** » par les médecins **acceptaient** de débiter un suivi.

- IDE4 : « J'ai quelques exemples de patients qui sont... que le médecin aurait pu me décrire comme très récalcitrants on va dire... Ils étaient peut-être un peu sceptiques mais ils sont venus. » Cf. p.38

Le recrutement **était toujours bénéfique** pour le patient même si la maladie était avancée...

- IDE2 : « Effectivement, il y a du temps passé mais il n'est jamais trop tard pour bien faire ou tout du moins pour mieux faire ! Et puis souvent ces gens-là, ils découvrent des choses quoi... » Cf. p. 15.
- IDE3 : « Il y a toujours des choses à faire, mais il faut reprendre depuis le début... Le travail est un peu différent, selon un peu... selon l'étape où en est le patient. » Cf. p. 22.

Recruter les patients diabétiques équilibrés permettait d'apporter de **nouvelles connaissances**.

- IDE4 : « Les gens qui ont un diabète équilibré, c'est toujours bien de les rencontrer parce que moi je le constate, quand on parle de la maladie avec eux, ils ne savent pas forcément ce que c'est. » Cf. p. 39.
- IDE4 : « Il y a des patients qui... qui avaient un diabète très équilibré, pas de difficultés particulières et en fait, ils apprennent toujours des choses donc c'est toujours positif en fait. » Cf. p. 41.
- IDE5 : « Tous les faire passer par la case ASALEE, ça permettrait qu'ils comprennent le lien entre les médicaments, l'exercice physique et l'alimentation. » Cf. p. 50.

Le recrutement permettait une **prise en charge plus globale** du patient.

- IDE8 : « Pour les patients qui sont déjà malades et équilibrés... bien c'est important parce que ça permet un suivi global. » Cf. p. 94.

L'ide 11 pensait qu'il fallait tous les recruter pour leur donner **l'opportunité de s'exprimer**.

- IDE11 : « Tout patient diabétique est potentiellement candidat... parce que on ne leur a pas... forcément donné la parole sur ce sujet-là, sur leur propre pathologie. » Cf. p. 139.

Les patients avaient ainsi **un soutien psychologique supplémentaire**, pour les aider à mieux vivre leur maladie.

- IDE7 : « Je me suis rendue compte que les patients qui n'avaient pas de problème, ça leur... leur faisait plaisir aussi dans le sens où ils se sentaient plus soutenus. » Cf. p. 78.
- IDE3 : « Le vécu de la maladie parle assez peu, quand on découvre la maladie, y a des angoisses mais ce n'est pas vraiment un vécu. Par contre, quand ça fait quelques années, 10 ans, 20 ans... » Cf. p. 22.

Pour l'IDE 7, il fallait recruter tous les patients diabétiques car c'est **une maladie chronique**, en perpétuelle évolution. Le patient a forcément des moments **de lassitude, de découragements source d'inobservance...**

- IDE7 : « Oui ce serait pas mal de voir tous les patients qui ont déclaré un diabète de type 2. Parce qu'on sait pertinemment que dans la maladie chronique, à un moment donné, il y a un décrochage. Parce que ça correspond plus » Cf. p. 76.
- IDE10 : « On peut toujours avoir un bénéfice parce que la maladie chronique, ce n'est pas juste ponctuel...C'est sur le long terme et la vie, elle est comme les montagnes russes. Donc des fois, on fera très attention et des fois, on est moins observant. » Cf. p. 128.

Le recrutement généralisé était toujours bénéfique car les médecins n'avaient pas toujours fait **de l'éducation thérapeutique**.

- IDE2 : « On les met sous traitement mais sans, sans leur dire... Au lieu de dire au patient, comment vous mangez ? Comment ça se passe ? Il aurait fallu lui expliquer déjà comment manger... » Cf. p. 16.

Le recrutement permettait de s'assurer de **la bonne compréhension** des patients sur les consignes de prise médicamenteuse.

- IDE6 : « Dès qu'il y a un deuxième traitement qui se met en place que je les vois !! Ou voir même lors de l'instauration d'un premier traitement. Vous allez avoir de la METFORMINE ! Tiens je vous envoie voir l'infirmière » Cf. p. 65.

b) Recruter plusieurs fois les patients même en cas de refus

Pour l'IDE3, il fallait proposer un **suivi au patient à plusieurs reprises** pour l'aider à cheminer dans sa réflexion.

- IDE3 : « Ce sont toujours des messages qui seront entendus. C'est toujours des choses qui, seront plus facilement écoutées une fois qu'on les entendra une deuxième ou une troisième fois... oui, ça permet, ça permet quand même de commencer le cheminement plus ou moins consciemment. » Cf. p. 23.

L'IDE 11 avait été agréablement surprise de la venue spontanée de quelques patients contactés plusieurs années avant.

- IDE11 : « je m'aperçois que j'ai des gens que j'avais vu au début et que je n'ai pas vu pendant deux trois ans et là je les revois. » Cf. p. 139.

c) Adresser en priorité les patients motivés à changer

Plusieurs infirmières attendaient des médecins qu'ils recrutent les patients **motivés à changer**.

- IDE6 : « Je leur dis bien de m'envoyer des gens qui ont vraiment l'envie, qu'il ne faut pas... parce que sinon ça ne sert vraiment à rien ... » Cf. p. 65.
- IDE13 : « Il faut qu'ils recrutent des patients qui seraient susceptibles d'être à l'écoute de ce que je vais pouvoir proposer et qui seraient intéressés. » Cf. p. 165.

Les médecins **ne devaient pas « forcer » la main aux patients** car cela était contre-productif.

- IDE6 : « C'est plus flagrant avec les gens qui veulent arrêter la cigarette... si c'est le médecin qui a envie qu'ils arrêtent et pas eux... Je les vois mais souvent ça ne fonctionne pas... » Cf. p. 66.
- IDE6 : « Tous ceux qui n'ont pas envie de changer, je pense que... de toute façon, s'ils n'ont pas envie de changer, ils ne changeront pas... » Cf. p.66.

d) Limitier le recrutement de certains profils de patients

L'IDE6 se questionnait sur la pertinence du recrutement des patients ayant **des capacités intellectuelles limitées**.

- IDE6 : « Malheureusement... il y a des gens, l'éducation thérapeutique ça ne fonctionnera jamais, ou alors après, il ne faut plus être dans l'éducation thérapeutique, il faut être plus directif. » Cf.p.66.

e) Des attentes plus spécifiques et personnelles

L'IDE 1 aurait aimé suivre **des patients plus complexes, avec un diabète très déséquilibré...**

- IDE1 : « J'aimerais bien prendre le patient compliqué avec une hémoglobine glyquée à 12... Ingérable. Ça, pour le moment, il n'y a pas ! » Cf. p. 4.

L'IDE 5 souhaitait recevoir les **patients nouvellement diagnostiqués diabétiques**.

- IDE5 : « Oui, j'aimerais bien qu'ils m'adressent toutes les découvertes de diabète... même si c'est minime ! Qu'ils m'adressent toutes les découvertes, mais, pour l'instant, ce n'est pas le cas. » Cf. p. 50.

L'IDE 5 aurait aimé avoir plus de patients adressés au moment de **l'introduction de l'insuline**.

- IDE5 : « Je pensais effectivement avoir plus de patients sous insuline ! Il a fallu que je m'adapte. » Cf. p. 48.

A son arrivée, l'IDE 8 avait demandé aux médecins de **recruter préférentiellement les patients diabétiques car elle se sentait plus à l'aise**, dans le suivi de cette pathologie que dans le sevrage tabagique.

- IDE8 : « Disons que moi j'ai... j'ai assez rapidement dit, moi je... je préfère m'orienter vers... vers les patients diabétiques de type 2 parce qu'au niveau des autres protocoles, j'étais moins à l'aise. »

Bien que nouvelle au sein du cabinet, l'IDE 10 aurait aimé que les médecins **lui adressent plus de patients**.

- IDE10 : « On pourrait me rajouter d'autres personnes, ça je pense que oui... Après c'est les patients des médecins, ce ne sont pas les miens. » Cf. p. 115.

Fort de son expérience acquise depuis plusieurs années, l'IDE 11 aurait aimé pouvoir **suivre un nombre plus important de patients**.

- IDE11 : « Oui, oui, je pourrais en voir plus. Après mon planning est déjà bien plein, mais je pourrais en voir plus... » Cf. p. 140.

5. Comment améliorer la présentation orale faite par le médecin ?

a) A quel moment de la consultation ?

Trois d'entre elles proposaient de la **faire en fin de consultation** car cela permettait d'évaluer **l'état d'esprit du patient** au préalable.

- IDE3 : « Selon les réponses apportées par le patient, il a une indication du besoin que lui estime que le patient va avoir. » Cf. p. 28.
- IDE6 : « Bah, plutôt en fin de consultation, car il faut bien essayer de le connaître un peu... » Cf. p. 69.

La consultation pourrait être **organisée** de telle sorte à laisser un temps pour la présentation puis un temps pour présenter le patient à l'infirmière.

- IDE3 : « En fait le recrutement est en cours de consultation et le relais vers l'infirmier ASALEE en fin de consultation. » Cf. p. 28.

L'IDE 10 était en questionnement. Elle n'était pas opposée à la faire **dès le début** de consultation.

- IDE10 : « Ça peut être en début ou en fin de consultation. Je ne sais pas, je ne sais pas... » Cf. p. 120.

b) Comment amener la problématique ?

La présentation orale devait être **progressive et anticipée** pour deux infirmières.

- IDE2 : « On en parle un petit peu avant et donc je pense qu'à la deuxième prise de sang... en lui disant voilà : « je pense que là vous allez vers un diabète.. » » Cf. p.15.
- IDE11 : « Au regard de vos résultats, il s'avère qu'il y a un diabète qui s'installe... Qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous souhaitez avoir plus de renseignements sur ce diabète ? « Si vous voulez, vous pouvez aller voir une infirmière en éducation thérapeutique. » » Cf. p. 142.

Même s'il s'agissait **d'un diabète ancien...**

- IDE11 : « Mr untel, on se voit tous les trois mois... Maintenant, on travaille avec une infirmière d'éducation thérapeutique et je... j'aimerais que vous la rencontriez une première fois, prendre contact avec elle pour... pour voir s'il y a des choses que vous auriez à exprimer... » Cf. p. 142.

L'IDE 3 citait **des exemples de phrases d'accroche** pouvant être utilisées par les médecins.

- IDE3 : « Des questions très simples comme « qu'est-ce que vous pensez de votre alimentation ? Qu'est-ce que vous pensez de la manière dont vous mangez ? Est-ce que vous pensez que l'alimentation a un rapport avec votre diabète ? » « Est-ce que vous pouvez m'aider ? » » Cf. p. 29.

c) Expliquer au patient qu'il doit être acteur de sa santé

Le médecin devait expliquer au patient qu'il doit être **actif dans la prise en charge** de sa pathologie.

- IDE2 : « On ne peut les aider que si eux font les choses. » Cf. p. 16.
- IDE8 : « C'est vraiment une coopération : si le patient n'est pas volontaire... ça n'aboutira pas, ça ne mènera à rien. » Cf. p. 93.

d) Montrer les forces du travail pluriprofessionnel

Le médecin généraliste présenterait les rôles de l'infirmière en **complémentarité aux siens**.

- IDE4 : « une infirmière est là et qu'elle travaille en complémentarité avec moi... » Cf. p. 39.
- IDE4 : « Je leur parlerai de compétences, de disponibilité, de complémentarité, de prévention. » Cf. p. 40.

Il pourrait préciser qu'il s'agit d'une **collaboration**.

- IDE1 : « Je dirai que c'est une infirmière qui travaille en collaboration. » Cf. p. 6.
- IDE10 : « Je travaille en collaboration avec l'infirmière.... Collaboration pour vraiment montrer qu'il y a un lien entre les deux et que ce n'est pas chacun de son côté. » Cf. p. 123.

Le terme de **binôme** serait un moyen pour illustrer cette notion de complémentarité.

- IDE9 : « Que nous travaillions en binôme, que nous partageons aussi le dossier médical et que l'on a des échanges très réguliers ensemble, que nous avons des réunions ensemble. » Cf. p. 105.

e) Le recours à des mots clés pour valoriser l'infirmière

Les infirmières proposaient par exemple les termes de « **disponibilité** », « **temps** ».

- IDE3 : « L'écoute et le temps... d'une manière ou d'une autre, il faut qu'il les emploie. » Cf. p. 29.
- IDE7 : « la disponibilité d'une infirmière parce qu'on est quand même assez disponible » Cf. p.84.
- IDE8 : « Le temps, la disponibilité... » Cf. p. 93.

Le terme « **d'apprentissage** » était une autre notion importante à prononcer.

- IDE9 : « Apprentissage... par rapport à sa maladie, son traitement, ses examens. » Cf. p. 106.

Le médecin expliquerait que l'infirmière peut apporter des « **réponses aux questions du patient** ».

- IDE1 : « L'infirmière ASALEE a une heure pour répondre à toutes les questions » Cf. p. 5.
- IDE2 : « Je la présenterai par en disant : « vous aurez le temps de poser plein de questions » » Cf. p. 15
- IDE4 : « Qu'il y a une infirmière ASALEE qui peut répondre à toutes leurs questions. » Cf. p. 39.

Le médecin devait prononcer **le nom des « pathologies »** prises en charges.

- IDE 1 : « Je pense que je décrirai davantage c'est à dire que... j'essaierai de leur expliquer ce qu'est une infirmière ASALEE, son travail, les différentes pathologies prises en charge. » Cf. p. 5.

f) Rappeler l'absence d'obligation à poursuivre le suivi

Le médecin devait bien rappeler **l'absence d'obligation**.

- IDE9 : « Donc voilà l'idée aussi qu'il n'y a pas d'obligation... » Cf. p. 105.

g) La notion de gratuité

Un autre mot clé pourrait être la notion **gratuité** (élément facilitant).

- IDE6 : « Les mots clés : ça va être le fait que ce soit **gratuit**... » Cf. p. 70.
- IDE12 : « Ils parlent plus d'aide et c'est... c'est gratuit en plus. Ça joue aussi un peu car il y a certaines personnes qui demandent quand même combien ça coûte ? » Cf. p. 154

6. Remise d'un dépliant explicatif par le médecin ?

Les IDE 1 et 7 proposaient la remise **d'un dépliant explicatif** au patient pour compléter la présentation orale.

- IDE 1 : « En donnant la carte, donner en plus un petit dépliant, un fascicule pour qu'ils puissent connaître un peu. » Cf. p. 7.
- IDE7 : « Faire une présentation écrite ! Ça peut être pas mal, une présentation écrite. On peut y mettre... toutes les pathologies que l'infirmière peut suivre... » Cf. p. 80.

7. Organiser une consultation à trois pour le recrutement ?

a) Plusieurs bénéfices attendus

La consultation à trois permettrait au médecin **de prendre conscience** des rôles précis de l'infirmière et améliorerait donc le recrutement de façon indirecte.

- IDE6 : « Je pense que ça l'améliorerait dans un sens puisque le médecin va voir ce qu'on fait... je sais que pour le groupe de marche depuis qu'il est venu. Il m'envoie plein de gens parce qu'il s'est rendu compte de l'intérêt. » Cf. p. 72.

Elle pourrait être un moyen d'appui pour **légitimer** la place de l'infirmière dans la prise en charge du patient au moment du recrutement.

- IDE7 : « Pour que le patient sente bien que les... que les infirmières et les médecins sont bien sur la même longueur d'ondes. Qu'on a le même projet, d'ailleurs le soutenir. » Cf. p. 77.

- IDE8 : « Ça peut aussi montrer au patient qu'effectivement... que le médecin et moi, on travaille vraiment ensemble et du coup ça permet... de concrétiser un peu cette...cette coopération. » Cf. p. 96.

Pour 2 infirmières, elle permettrait de mettre en avant la **cohésion du binôme médecin/infirmière**.

- IDE8 : « Ça permettrait de montrer que c'est bien un travail d'équipe et de dire « Aujourd'hui, on est tous les trois, le médecin vous propose ce suivi avec une infirmière ASALEE... » » Cf. p. 96.

La consultation à trois permettrait de recruter **davantage de patients notamment les personnes hésitantes**.

- IDE2 : « Ça peut être bien avec ceux qui ont un peu plus de mal à s'insérer dans le processus ASALEE, qui sont un peu plus réticents » Cf. p. 20.

Elle apparaissait comme un moyen **facilitant le relais vers l'infirmière** et donc le recrutement.

- IDE10 : « Il y a plusieurs bénéfices pour le patient parce que, déjà, il voit une cohésion du binôme médecin/infirmière...le relais vers l'infirmière ASALEE peut parfois être plus fluide en présence du médecin. » Cf. p. 125.

b) Les arguments opposés à cette solution

Les IDE 2 et 5 avaient peur **d'être en décalage par rapport au médecin**, que ce soit en termes d'objectifs ou de manière de procéder.

- IDE2 : « Le médecin va être hyper centré sur tout ce qui va sur le traitement, et moi je vais être plus sur ce qui va être vos objectifs... et puis moi... on prend quand même relativement notre temps. Oui, moi j'ai peur que le médecin s'ennuie un peu, moi. » Cf. p. 20.
- IDE5 : « Mais ça dans la pratique, je ne vois pas comment... moi j'ai des consultations d'une heure, eux ils ont des consultations d'un quart d'heure, on n'a pas le même timing » Cf. p. 46.

Deux d'entre elles avaient peur de créer **un sentiment d'obligation** chez le patient.

- IDE5 : « Pour moi il y a quelque chose d'effrayant pour le patient s'il arrive et qu'il y a deux personnes... » Cf. p. 46.
- IDE 14 : « Spontanément... la relation de confiance c'est médecin-patient. Est-ce que ça ne peut pas être vécu par le patient comme une obligation ? » Cf. p. 188.

Pour l'IDE11, la consultation à trois était **trop chronophage et difficile à mettre en place**.

- IDE11 : « Le recrutement des patients ? Non, trop difficile ! (...) Je ne vois pas l'intérêt ! Le recrutement est quand même assez facile... Je ne vois pas pourquoi on déplacerait deux professionnels, juste sur un recrutement. » Cf. p. 143.

La consultation à trois nécessiterait **d'anticiper**, ce qui est compliqué en pratique.

- IDE3 : « Ça demande une petite organisation à l'avance, c'est-à-dire qu'il faut discuter de ça avec le médecin, ce n'est pas toujours évident de se rendre dispo à un moment. » Cf. p. 30.

c) La mise en œuvre de cette consultation au cours du recrutement

Trois infirmières souhaitaient que **le médecin débute sa consultation** puis aille les chercher pour les présenter une fois la présentation faite.

- IDE5 : « Le médecin pense à un patient, voit avec lui, lui parle de moi et à la fin seulement, je pourrais venir mais pas d'emblée. » Cf. p. 46.
- IDE10 : « Je dirais au début le médecin parce que le patient va quand même consulter le médecin. Ensuite avec une consultation brève de l'infirmière et surtout laisser le patient discuter. » Cf. p. 125.

Certaines **souhaitaient interagir** avec le patient.

- IDE1 : « Je dirai que c'est le médecin qui va chercher le patient comme une consultation normale avec peut-être moi qui suis à côté. Il faut déjà qu'il demande l'autorisation. Et que voilà moi j'interagisse un peu... » Cf. p.8.

Pour d'autres infirmières, elles devaient prendre le statut **d'observatrice au cours** de cette consultation à trois.

- IDE4 : « Juste être là physiquement dans le cabinet et puis... être spectateur déjà de l'échange entre le médecin et le patient... » Cf. p. 41.

8. Développer la communication grand public ?

a) La création d'affiches ASALEE

Les trois quarts des infirmières n'étaient pas favorables à la mise en place d'affiches. Elles n'avaient **pas ou très peu reçu de patients recrutés** par ce biais.

- IDE5 : « Il y en a dans tous les cabinets et ça ne fonctionne pas !! parce que ça n'a pas amélioré le recrutement, parce que les patients ne sont jamais venus !! » p56
- IDE7 : « Ça ne marche pas plus que ça. Après c'est bien qu'il y est... que ça existe. Ça marche plus pour le sevrage tabagique par exemple. » p86

L'IDE8 était plus nuancée dans ses propos. Pour elle, les affiches étaient tout de mêmes intéressantes **pour appuyer la démarche initiée** par le médecin.

- IDE8 : « Non, par contre ça ne participe pas non. Ça appuie le recrutement. Ça l'appuie mais... Mais ce n'est pas ça qui les fait venir vers moi. » p97

A l'inverse, les IDE11 et 12 percevaient les affiches ou les écrans télévisés comme des moyens de **communication efficaces** pour faire connaître l'association ASALEE.

- IDE11 : « On a un écran dans la salle d'attente... Il y a : « Parlez-en à votre médecin ! » (...) Et ils en parlent... et ça marche ! Ils ont vu l'affiche dans les cabinets médicaux... et du coup oui ils demandent des explications et après, ils viennent vers moi, oui. » Cf. p. 145
- IDE12 : « Les gens nous disent « On a vu vos affiches dans la salle d'attente ». Donc, ils viennent taper à la porte pour avoir quelques explications. » Cf. p. 152

b) Difficultés à concevoir le design de l’affiche

Elles éprouvaient **des difficultés pour créer le design de l’affiche**, déterminer ce qu’il fallait y inscrire dessus avec la peur que celle-ci ne soit pas conforme aux exigences demandées par ASALEE.

- IDE2 : « *je voudrais vraiment un truc d'ASALEE... Je n'ai pas envie de bricoler mon truc, d'abord parce que je ne suis pas douée sur l'ordinateur donc... voilà je ne sais pas.* » Cf. p. 18
- IDE6 : « *Plutôt quelque chose d'officiel, c'est sûr, parce que ça je ne veux pas me retrouver...* » Cf.p.62

L’IDE6 proposait de créer une affiche sur un **concept ludique**.

- IDE6 : « *Quelque chose d'un peu plus ludique je pense et très simple à comprendre...* » Cf.p.62

De plus, **le caractère gratuit** devait être mis en avant.

- IDE6 : « *Que les consultations sont gratuites puisque ça c'est quelque chose qui, qui... qui passe tout de suite beaucoup mieux.* » Cf. p. 62

L’affiche devait inciter le patient à **aller voir son médecin généraliste** dans un premier temps.

- IDE11 : « *Des images... des mots clés et après... parlez-en à votre médecin.* » Cf. p. 145.

Les différentes compétences de l’infirmière pouvaient y être détaillées.

- IDE1 : « *Mettre vraiment exactement ce que je fais... « suivi d’une heure par patient » » Cf. p. 6*

L’IDE1 se questionnait sur **l’endroit où devait** être placée l’affiche.

- IDE1 : « *Je pense que ce serait peut-être pas mal, peut-être de mettre dans le bureau du médecin complètement derrière lui une affiche : infirmière ASALEE* » Cf. p.6

Plusieurs infirmières ne souhaitaient pas y inscrire leurs coordonnées téléphoniques pour obliger les patients à **en parler à leur médecin généraliste**.

- IDE2 : « *Mes coordonnées... non, je crois que je ne mettrai pas. ASALEE, ça passe d'abord par le médecin.* » Cf. p. 18

c) La mise à disposition de petites cartes

De façon similaire, plusieurs infirmières avaient **des retours d’expérience plutôt péjoratifs** concernant la mise à disposition de cartes de visite dans la salle d’attente.

- IDE8 : « *J'avais, à une époque, aussi des cartes sur le comptoir de l'accueil. Je n'ai pas renouvelé, car je n'ai jamais eu d'appel en fait.* » p97

d) La création des groupes de marche

Les expériences étaient très variables d’un cabinet à l’autre. Dans l’ensemble, l’atelier marche **était très apprécié** des patients.

- IDE6 : « *Je vois au niveau de mes groupes de marche, j'ai mis des affiches et les gens m'appellent et ça fonctionne vraiment très bien...* » Cf. p. 71

Dans un cabinet médical, celui-ci avait eu un succès tel qu'ils **avaient dû retirer les affiches** à cause d'un afflux majeur de patients.

- IDE9 : « On s'est retrouvés avec beaucoup de patients. Et des patients, du coup, qui n'étaient plus tellement ciblés... Donc, on a retiré cette affiche. » p110

Dans l'ensemble, la majorité des patients participant au groupe de marche étaient recrutés par le **médecin ou l'infirmière** et non pas par l'affiche.

- IDE10 : « Au début, c'est moi qui recruterais les patients parce que... je pense que pour qu'un groupe de marche fonctionne, il faut avoir du lien avec ses patients pour qu'ils puissent revenir. » p128
- IDE12 : « Je vais dire 95% des patients, c'est nous qui leur proposons donc c'est vraiment dans le cadre ASALEE. » P156

Le groupe de marche s'avérait donc être **un moyen de recrutement indirect**.

- IDE7 : « Ah ça peut... Je pense à une patiente, la première fois que je l'ai vue, elle m'a dit : « Vous avez des groupes de marche ? Ça m'intéresse. » Voilà. C'était une patiente diabétique. » Cf. p. 86
- IDE8 : « Ils ont demandé s'ils pouvaient se joindre à nous. Donc, après validation du médecin... Du coup, après la marche, j'ai entamé avec eux un suivi. » Cf. p. 97

e) Création d'un groupe piscine :

Lors de notre interview, l'IDE14 venait de mettre en place **un groupe piscine**.

- ✓ IDE14 : « J'ai organisé en plus un groupe piscine... En fait, j'ai permis un partenariat entre les patients de la CPTS et le lieu de natation de la commune. » Cf. p. 188.

f) Projets de création d'un atelier diététique

L'IDE10 aimerait créer **un atelier diététique** en collaboration avec la diététicienne.

- ✓ IDE10 : « Je vais voir avec elle pour monter peut-être un atelier sur comment faire les repas... sur comment cuire un repas ? Ce qui est pertinent pour le diabète. » Cf.p.115.

Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

L'association ASALEE repose sur une nouvelle organisation des soins primaires avec une volonté de déléguer certaines tâches du médecin vers l'infirmière. Les protocoles en vigueur donnent la responsabilité du recrutement au médecin généraliste exclusivement^{5,12}. Par conséquent, l'activité des infirmières repose sur cette sélection. Les travaux de thèse déjà réalisés montrent une satisfaction des patients quant au suivi ASALEE¹³. Les médecins apprécient également cette nouvelle collaboration^{9,14}. En revanche, le point de vue des infirmières notamment sur le recrutement des patients diabétiques est très peu abordé dans la littérature¹⁵. La réalisation de cette étude est donc pertinente.

L'objet de cette étude portait sur le ressenti des infirmières quant au recrutement des patients diabétiques de type 2. La méthode qualitative était donc la méthode la plus adaptée dans la mesure où le facteur étudié était subjectif et donc difficilement quantifiable¹⁶.

Les infirmières ont été sélectionnées afin de constituer un échantillon le plus diversifié possible en termes d'âge, sexe, expérience professionnelle, secteur géographique d'exercice, typologie de cabinet. L'échantillon comportait un seul homme sur les quatorze personnes interrogées, ce qui est en accord avec la démographie des infirmières recensée à l'heure actuelle en France par la DREES (88% de femmes)^{17 18}.

Les entretiens ont été semi dirigés au moyen d'un guide d'entretien, construit au préalable à partir de l'étude des données de la littérature. Ce dernier a été testé sur une infirmière pour s'assurer de la compréhension et de la pertinence des questions. Ce guide constituait aussi une aide précieuse pour l'investigateur, en proposant des exemples de questions ouvertes pour pouvoir recueillir un nombre important de réponses. Les questions de relance permettaient à l'investigateur d'obtenir des précisions sur un thème donné.

L'entretien débutait systématiquement par le rappel de l'anonymisation des données pour mettre en confiance les infirmières et faciliter leur liberté d'expression. L'heure et le lieu de l'entretien avaient été discutés ensemble au préalable pour avoir les conditions matérielles les plus optimales possibles (endroit calme). Certains entretiens ont eu lieu au cabinet médical et d'autres au domicile de l'infirmière. Dans un cas comme dans l'autre, l'environnement était familier aux infirmières et donc propice aux échanges.

L'ensemble des verbatims recueillis ont été retranscrits le plus fidèlement possible, en précisant les spécificités du langage verbal (répétition, phrases commencées mais non terminées...) et non verbal (annotation des expressions constatées par l'investigateur). Ils ont ensuite été soumis à la relecture des différentes personnes interrogées pour validation. Il n'y a pas eu de retour en faveur d'une mauvaise compréhension de l'investigateur. Cette étude satisfait donc plusieurs critères à la validité interne d'une étude qualitative.

Toutefois, elle comporte plusieurs limites. L'ensemble des entretiens a été mené puis analysé par le même investigateur. Ce dernier étant non expérimenté, certaines questions ont donc pu être mal

formulées et orienter la réponse des infirmières. Un biais d'interprétation s'est donc probablement immiscé d'autant plus qu'il n'y a pas eu de triangulation des données.

Il existe également un biais de sélection dans la mesure où la participation des infirmières était basée sur le volontariat. Ce sont donc les personnes les plus « actives, motivées » qui ont répondu à ma demande.

Les infirmières interrogées n'avaient pas toutes eu le même parcours professionnel : certaines avaient déjà eu l'occasion de travailler auprès de patients diabétiques de type 2 à l'hôpital contrairement à d'autres. Cette disparité biaise les résultats puisqu'elle conditionne les représentations des infirmières sur les patients diabétiques de type 2. Elle enrichit cependant l'analyse puisqu'elle tient compte de la variabilité interindividuelle.

Elles avaient connaissance du statut d'interne de l'investigateur, ce qui a pu entraîner un biais de désirabilité (les infirmières étaient peut-être moins enclines à délivrer certaines informations par crainte de jugement).

2. Discussion des résultats

a) Les infirmières souhaitent que le médecin recrute l'intégralité de ses patients diabétiques de type 2

Dans notre travail, les infirmières souhaitent généraliser le recrutement à l'ensemble des patients diabétiques de type 2, contrairement aux pratiques actuelles des médecins. En effet, les médecins n'adressent pas tous leurs patients diabétiques pour diverses raisons : par oubli, par manque d'habitude à exercer en pluri professionnalité^{15 11}, par crainte de surcharger le planning de l'infirmière ou par choix délibéré. Ils refusent d'appliquer les protocoles tels qu'ils sont écrits (recrutement possible de tout patient diabétique de type 2 ou hyper glycémique)⁵. La connaissance des patients les amène à privilégier une démarche tenant compte du degré de motivation des patients, de leurs priorités, de leurs comorbidités et de leurs vulnérabilités psychologiques et sociales⁹. Ainsi, ils adressent en priorité les patients les plus déséquilibrés et ceux qui peuvent bénéficier au mieux de l'éducation thérapeutique¹⁹. In fine, l'étude menée par l'IRDES en 2008 montre que seuls 44% des patients diabétiques éligibles ont un suivi ASALEE avec au moins une consultation auprès d'une infirmière¹⁹. Pour autant, cette démarche centrée patient a prouvé son efficacité pour améliorer l'adhésion des patients à leur traitement^{20 21 22}. En s'intéressant à la globalité psycho-sociale des patients, à leur sentiment d'efficacité personnelle et leurs stratégies adaptatives face à la maladie, en leur redonnant confiance en eux, les médecins parviennent à de meilleurs résultats dans ce domaine²³. La démarche centrée patient fait d'ailleurs partie des compétences que doit acquérir tout médecin généraliste²⁴. Ces résultats laissent à penser que l'approche centrée patient est une technique efficace pour le recrutement des patients. Une étude quantitative comparative avec une approche centrée pathologie permettrait de le confirmer. Les arguments donnés par les infirmières pour recruter l'ensemble des patients diabétiques de type 2 restent toujours en lien avec la problématique du diabète^{12 25}. Ils ne tiennent pas compte des autres comorbidités pouvant exister comme par exemple un cancer, des problèmes psychiatriques, des troubles démentiels.... Cette méconnaissance découle

de leur formation et de leur pratique quotidienne. En effet, les infirmières ASALEE ont pour mission de mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient. Le reste de la prise en charge est assuré par le médecin généraliste. A l'avenir, il serait intéressant de développer la communication entre les deux professionnels afin qu'ils puissent confronter et compléter leurs regards en toute sérénité.

b) Les infirmières ne savaient pas comment les médecins procédaient pour recruter leurs patients diabétiques de type 2

Les infirmières n'étaient pas capables d'expliquer avec précision la façon dont le médecin généraliste recrutait ses patients. Je n'ai pas retrouvé de données dans la littérature pour confronter mes résultats avec d'autres études sur les infirmières. Pour ce qui est des médecins, ils connaissent globalement les grands items d'ASALEE mais peu d'entre eux citent les quatre protocoles avec exactitude⁹. Ils sont conscients de cette méconnaissance²⁶. Pour lutter contre ce phénomène, il faudrait intervenir dès leur formation. La mise en place de stages pluridisciplinaires permettrait de faire évoluer les regards et les croyances comme le démontre plusieurs études. En Finlande, les chercheurs ont tenté l'expérience de mélanger des étudiants médecins et infirmiers au sein d'un même stage hospitalier. In fine, 60% des étudiants infirmiers estiment que leur rôle ne consiste pas uniquement à assister les médecins²⁷. Ce même constat est retrouvé dans une étude similaire sur des étudiants à Rennes²⁸. Ces expériences pourraient être renouvelées au fil du temps dans le cadre de la formation continue car facile à mettre en œuvre. Ces stages ont aussi l'avantage de faciliter la collaboration médecin infirmière car ils développent des relations plus égalitaires dès le départ (sentiment de hiérarchie amoindri entre étudiants)²⁹. En effet, le fait de connaître et reconnaître l'autre permet de partager les responsabilités et trouver un compromis où chacun a sa place, limitant le sentiment de jalousie par chevauchement des activités.³⁰ Une fois de plus, le développement de la communication apparaît comme une autre piste fondamentale pour améliorer la connaissance des rôles respectifs de chacun. Elle pourrait se traduire par la mise à disposition de brochures papiers, sites internet en ligne, séminaires. L'association ASALEE a volontairement restreint la communication pendant plusieurs années le temps du déploiement du dispositif, afin de pouvoir en maîtriser le processus. Actuellement, l'accès au logiciel ASALEE est réservé aux seules infirmières. Etendre l'accès au site aux médecins et développer un site internet pourraient améliorer la connaissance du dispositif par les médecins.

c) Les infirmières approuvaient globalement les « protocoles » mis en œuvre par le médecin

Les infirmières étaient satisfaites des patients adressés par les médecins généralistes. Dans l'ensemble, elles approuvaient les moyens de communication utilisés pour faire le relais entre elles, le médecin et le patient. Ce constat se retrouve dans une étude menée par l'IRDES entre juin 2015 et 2017 qui avait pour objectif d'étudier les interactions entre les médecins et les infirmières¹⁰. Les infirmières ayant le plus de satisfaction sont celles ayant le plus d'activités déléguées avec un volume d'actes important. A contrario, les infirmières ayant peu de patients adressés et peu de tâches déléguées sont moins épanouies au niveau professionnel. Elles sont également moins d'échanges avec les médecins généralistes. Il pourrait exister un biais à ce jugement car la situation actuelle ne permet pas une situation égalitaire entre les médecins et les infirmières. En effet, les infirmières restent dépendantes des médecins alors que l'inverse n'est pas vrai. Les locaux sont fournis par les médecins ; elles travaillent avec les patients des médecins, elles n'ont pas la capacité de pouvoir choisir les

patients recrutés... Le plus souvent, elles ne travaillent pas sur le même site au départ. Tous ces facteurs pourraient obliger l'infirmière à s'adapter, pour créer de bonnes relations et de bonnes conditions de coopération.

d) La majorité des infirmières ne souhaitait pas avoir la responsabilité du recrutement

Les trois quarts des infirmières ASALEE interrogées ne souhaitent pas avoir la responsabilité du recrutement. Elles estimaient ne pas avoir les compétences requises pour le faire et ne pas connaître suffisamment les patients. L'IRDES a mené une étude qualitative entre 2015 et 2017 dans le but d'évaluer les interactions entre les patients et les professionnels de santé au sein d'ASALEE. Les infirmières éprouvent des difficultés à prendre confiance dans ce nouveau rôle. Elles disent avoir besoin de temps pour s'approprier leurs nouvelles compétences et définir leurs pratiques¹⁵³¹. Plusieurs facteurs expliquent ces difficultés : un sentiment de hiérarchie, un changement d'exercice (nurse/éducation thérapeutique), un manque d'indépendance professionnelle (ordre), le fait de ne pas toujours avoir les mêmes attentes que les médecins, des difficultés en termes d'organisation.

- ✓ Un sentiment de hiérarchie : Les protocoles entraînent une restriction d'autonomie pour les infirmières ASALEE. Bien que les conditions de la délégation varient d'un cabinet médical à l'autre, les infirmières restent sous le contrôle du médecin. Cette notion de hiérarchie est d'ailleurs présente au sein même de la définition de la profession puisqu'elle entre dans la catégorie des « professions auxiliaires médicales » dans le code de la santé. Elle peut être un frein à la prise d'initiatives par les infirmières dans la mesure où lorsqu'elles souhaitent mettre en place une nouvelle action (exemple : atelier diététique), elles doivent toujours s'assurer d'obtenir l'accord du médecin.
- ✓ Un changement d'exercice : Intégrer ASALEE impose de passer d'une posture de soin traditionnelle vers une posture plus biomédicale³². Historiquement, les infirmières ont une posture de « nursing ». Elles sont formées pour exécuter des actes techniques auprès des patients (prise de sang, pansements, administration de thérapeutique). Être infirmière ASALEE suppose au contraire d'être dans une approche centrée patient en ayant recours à l'éducation thérapeutique. Il ne s'agit plus de délivrer des soins mais d'échanger avec les patients grâce à des techniques communicationnelles, en vue d'améliorer l'observance thérapeutique du patient. Cela suppose aussi de prendre en compte le patient dans sa globalité et ne plus concentrer son attention uniquement sur le soin en lien avec la pathologie traitée.
- ✓ Un manque d'indépendance professionnelle : La France est un des pays où la réglementation de la profession infirmière est la plus développée (décret de compétences). Ce cadre légal empêche aux infirmières de prendre des initiatives. A noter que l'ordre des infirmiers est tout récent en France (2008)³³. Cette profession est encore en quête d'identité³⁴. Par comparaison, l'Allemagne ne possède pas de réglementation précise et détaillée. Ce qui n'apparaît pas être une bonne solution car on observe une toute puissance des médecins. D'autres pays comme la Suède, le Royaume Uni et la Finlande ont opté pour une solution intermédiaire. En Suède, une loi définit les domaines d'interventions pour chaque professionnel sans pour autant les présenter de façon détaillée. Ce principe fait qu'en pratique, le médecin ne délègue pas de tâches à l'infirmière qui a son propre champ de responsabilités. Chaque professionnel est responsable des tâches qu'il accomplit³⁵. Cette solution a aussi pour avantage de faire disparaître les frontières entre les professions en créant des zones de tâches communes.

- ✓ Des attentes qui peuvent être différentes de celles des médecins : Les infirmières n'ont pas toujours les mêmes attentes que les médecins comme cité précédemment. Ces divergences peuvent être sources d'insatisfaction voir de souffrance professionnelle ; elle-même source de questionnement et de remise en cause.³²
- ✓ Des difficultés en termes d'organisation : le problème de la disponibilité des locaux est encore un frein pour l'autonomie d'exercice des infirmières. L'association ASALEE a mis en place des aides financières à différents niveaux pour faciliter l'intégration des infirmières au sein des cabinets médicaux. Cela se traduit par des indemnités versées aux médecins généralistes en rétribution du temps passé à échanger avec l'infirmière. Il existe également des sommes allouées aux infirmières pour leur permettre d'acheter du matériel informatique notamment.⁵ Des discussions sont en cours pour un financement par la CPAM. La création de cabinets infirmières sur un site géographique situé à proximité du cabinet médical, pourrait leur permettre de disposer pleinement de locaux et organiser leur planning selon leurs besoins.

Il est évident que le temps et l'expérience sont deux facteurs déterminants pour que l'infirmière prenne de l'assurance. Malgré tout, des actions peuvent être mises en place pour accélérer ce processus. Le philosophe Schmitt³⁶ rappelle l'importance de préparer, encadrer et former adéquatement les infirmières avant et après un changement de poste. Ceci pour qu'elles puissent mieux cerner leurs besoins d'apprentissages, et qu'elles puissent prendre conscience de leurs nouvelles compétences. Ainsi, des actions sont mises en œuvre à différentes échelles. D'abord assurer une formation initiale de qualité : l'association ASALEE prévoit une formation théorique de 40 heures associée à une immersion sur le terrain pendant 3 jours⁵. Ensuite, des réunions de secteurs sont organisées et obligatoires afin de permettre aux infirmières d'échanger avec leurs collègues/confrères, véritables moments de-formation continue. Les échanges avec des infirmières ayant plus d'ancienneté sont très appréciés³². Ces réunions participent aux interactions et aux échanges. Elles permettent de créer une identité de groupe et développer de nouvelles actions. Troisièmement, définir précisément un cadre d'exercice met en confiance les professionnels concernés. Les protocoles ASALEE imposent aux médecins généralistes de consacrer un temps d'une heure au minimum une fois par mois pour échanger avec l'infirmière ASALEE.⁵ Cette obligation des médecins est une sécurité pour cadrer leur exercice. Malgré tout, l'étude que nous avons réalisée montre les limites de sa mise en œuvre... Comment motiver les médecins et les infirmières à se rencontrer plus souvent ? Ensuite, comme le rappelle Rizany³⁷, le développement des compétences dépend aussi de facteurs individuels qui sont : l'engagement, la volonté d'apprendre, les efforts fournis pour acquérir des habiletés techniques, la confiance en soi... Un accompagnement par des infirmières ASALEE expérimentées pourrait être une piste via un système de tutorat. La nouvelle infirmière pourrait ainsi avoir une personne référente avec qui échanger sur ses doutes, bénéficier de conseils, assister à des consultations en tant qu'observatrice...

e) Les infirmières constataient être le plus souvent à l'origine des interactions avec les médecins

Les infirmières étaient très souvent à l'initiative des échanges avec les médecins. Ce constat se retrouve dans la littérature³⁹ et témoigne de la discordance des attentes entre les médecins et les infirmières. Les infirmières sollicitent les médecins car elles éprouvent un besoin de reconnaissance de leur travail pour être pleinement satisfaites¹⁵. Les médecins ressentent probablement moins ce besoin du fait de leur posture « dominante » et du fait qu'ils soient habitués à travailler en autonomie.

H. Vantilke a étudié les déterminants d'intégration des médecins au sein du dispositif ASALEE. Les deux principaux moteurs retrouvés sont une meilleure prise en charge pour leurs patients et une meilleure qualité de vie au travail²⁶. Echanger avec l'infirmière n'est donc pas le moteur principal bien qu'ils soient intéressés par le travail pluri professionnel. Cette discordance vient aussi du fait que les médecins ne peuvent être disponibles autant que le voudraient les infirmières. Ce manque d'initiative des médecins peut devenir un frein à la bonne collaboration médecin infirmière car pouvant être mal interprété par les infirmières. La qualité et la fréquence des échanges restent dépendantes de la volonté individuelle de chaque médecin. Des pistes de réflexions doivent encore être imaginées pour aider les professionnels à mieux communiquer entre eux.

f) Les infirmières percevaient la qualité des échanges et de leur relation avec les médecins comme un pré requis indispensable pour le recrutement.

Les infirmières percevaient la qualité des échanges et de leur relation avec les médecins comme un pré requis indispensable pour le recrutement. Cela est confirmé par l'étude par A. Afrite et J. Mousquès publiée en 2019¹⁰, portant sur 1065 binômes médecin/infirmière, qui a mis en évidence l'importante hétérogénéité des binômes. Les binômes ayant l'activité la plus intense sont également les plus anciens. Les infirmières y sont plus souvent à temps plein avec un panel varié d'actes dérogatoires et une forte activité d'éducation thérapeutique. Elles exercent sur un seul cabinet souvent pluri professionnel de moyenne ou grande taille, situés en zone péri urbaines ou rurales. Les échanges avec les médecins sont fréquents et facilités par des temps importants de coprésences au sein du cabinet. A contrario, les binômes les plus récents, les infirmières sont plus souvent à mi-temps avec une faible activité. Elles exercent dans de petites structures et la satisfaction des médecins généralistes y est moindre. Il existe des difficultés pour échanger de façon régulière, corrélées à un enthousiasme réciproque modéré, à un temps de présence commun court et à un manque de disponibilité des locaux. Dans la thèse de H. Vantilcke²⁶ également, 54.59% des médecins rapportent des difficultés pour mettre en place des temps d'échanges à intervalles réguliers, d'autant plus s'ils possèdent une activité à l'extérieur du cabinet²⁶. Pourtant, de nombreux travaux dont l'étude menée par l'IRDES¹⁵ en 2018 rappellent l'importance des échanges pour une bonne collaboration. Ils forment le socle nécessaire pour construire une relation de confiance et mieux se connaître, qu'ils soient programmés ou non. Les trois critères fondamentaux d'une bonne collaboration sont le respect mutuel, la compréhension des rôles de chaque professionnel et une communication efficace³⁸. La complexité de la communication vient donc du fait qu'elle dépend de facteurs humains (expériences, respect mutuel, attitudes et disponibilité, capacité à faire confiance, investissement, ancienneté...), de facteurs culturels (représentations, croyances...) et de facteurs matériels (lieu d'exercice, moyens de communication, temps d'activités des infirmières et des médecins, types d'exercices...) Le développement d'outils de communication spécifiques pourraient faciliter la communication interprofessionnelle. Plusieurs sont déjà à disposition à l'heure actuelle : l'outil SAED (situation, antécédent, évaluation et développement), l'outil DRAW (diagnosis, recent changes, anticipated changes, what to watch for)...

g) Les infirmières s'accordaient pour dire que les patients devaient avoir une démarche active dans le recrutement

Les infirmières s'accordaient pour dire que les patients devaient avoir une démarche active dans le recrutement. Elles pensaient que la démarche devait être le fait du patient, car elle témoignait de son degré de motivation à débiter un suivi. Le modèle paternaliste a montré ses limites dans l'adhésion des patients à leurs traitements. Adopter une posture d'autorité crée des sentiments de contraintes chez les patients. Ces derniers sont alors moins enclins à modifier leurs comportements. La démarche retenue par l'association ASALEE, au contraire repose sur l'éducation thérapeutique⁵. Elle a pour objectif l'autonomisation progressive du patient⁴⁴. Ce concept rejoint le terme « d'empowerement », classiquement utilisé dans la littérature étrangère. C'est un processus de transformation personnel par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes et de leur santé, de façon globale, en s'appuyant sur la dynamique de la collaboration médecin patient ou médecin infirmière⁴⁵. En pratique, l'empowerement débute par l'insatisfaction d'un patient qui décide de ne plus subir ses maux et de prendre en main son destin. Il se poursuit par une quête d'information et se prolonge dans le cadre d'une démarche collaborative⁴⁶. C'est là où la démarche centrée patient a toute sa pertinence. La démarche du recrutement apparaît donc comme la première étape de ce processus de changement inhérent au patient. En pratique, on constate que les patients restent souvent dans une attitude passive. Une meilleure communication par les professionnels auprès des patients les aideraient à changer leurs croyances à l'origine de cette posture passive, fruit d'une construction historique. Le développement de sites internet dédiés à l'information, l'accès à la bibliographie apparaîtraient de nouveau comme des pistes potentielles pour aider les patients à devenir autonomes et acteurs de leur santé. L'étude Epep par exemple a évalué pendant 6 mois la faisabilité d'une délégation formalisée autour d'un plan d'éducation personnalisé (PEP) électronique, pour le suivi de patients diabétiques équipés du carnet électronique DIABEO⁴⁷. Les résultats sont très encourageants car ils confirment la faisabilité du dispositif. Le carnet DIABEO aurait potentiellement un impact positif sur la glycémie, source de satisfaction pour les patients et ayant l'avantage d'un gain de temps médical.

Conclusion

L'association ASALEE a été créée en 2004 pour apporter une solution face à la demande croissante de soins de la population et la diminution parallèle de la densité médicale. Pour ce faire, elle repose sur la délégation de tâches du médecin à l'infirmière. Le médecin recrute ses patients et les renvoie à l'infirmière, qui les reçoit pour faire des séances d'éducation thérapeutique.

Cette étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés avait pour but de savoir quels étaient les ressentis des infirmières quant aux patients diabétiques de type 2 recrutés par le médecin généraliste. Les propos de 14 infirmières ont été recueillis, puis analysés de façon thématique.

Globalement, les infirmières étaient satisfaites du recrutement mais elles auraient aimé généraliser le recrutement à l'ensemble des patients diabétiques de type 2, comme elles ont un regard centré pathologie. Les médecins quant à eux, préfèrent prioriser les patients les plus motivés et ceux ayant un diabète très déséquilibré car ils tiennent compte du patient dans sa globalité (autres comorbidités, contexte psycho social...). Ils adoptent donc une approche centrée patient.

Les infirmières ne savaient pas comment procédaient les médecins pour recruter. Il en est de même pour les médecins à l'égard des compétences des infirmières. Une meilleure communication et la mise en place de stages pluri professionnels dès la formation initiale des étudiants pourraient être des solutions pour faire évoluer les mentalités et faciliter la collaboration. Etendre l'accès des logiciels ASALEE aux médecins et/ou la mise à disposition de sites internet dédiés seraient deux sources d'informations supplémentaires disponibles.

Les infirmières ne souhaitent pas partager la responsabilité du recrutement avec les médecins pour deux raisons majeures : le fait de ne pas connaître les patients et le sentiment de ne pas avoir les compétences requises. Ces propos montrent à quel point les infirmières ont encore besoin de temps pour s'approprier leurs rôles. En effet, intégrer ASALEE leur impose de passer d'une posture de soin « nurse » (figure historique) à une posture d'infirmière d'éducation thérapeutique. Elles ressentent également toujours un sentiment d'infériorité par rapport au médecin, si bien qu'elles n'osent prendre des initiatives. La France est un des pays où la réglementation des tâches infirmières est la plus développée, limitant l'autonomie des infirmières. ASALEE a déjà mis en place des actions pour les accompagner mais ils restent donc insuffisants (formation initiale spécifique, réunions de secteur, partage avec groupes de pairs, congrès). D'autres efforts doivent encore être faits au niveau sanitaire et politique pour aider cette profession à trouver son identité et son indépendance professionnelle.

Les infirmières étaient le plus souvent à l'initiative des rencontres avec les médecins car elles en éprouvaient le besoin. Les échanges leur permettent de se sentir utiles et reconnues dans leurs compétences. Elles souffraient du manque de disponibilité des médecins. Les médecins étaient satisfaits de l'infirmière avec une volonté de travailler en interdisciplinarité mais la fréquence des échanges était très variable selon les médecins (volonté).

En conclusion, cette étude permet de mettre en exergue les ressentis des infirmières ASALEE quant au recrutement des patients diabétiques de type 2. Elle vient en complément des thèses existantes sur le ressenti des médecins généralistes. Elle confirme la place centrale du médecin généraliste au sein du recrutement, et plus globalement dans la coordination des soins primaires en ambulatoire. Dans la mesure où le recrutement des patients dépend en majeure partie du médecin généraliste, il serait intéressant de réfléchir à la manière de rendre le dispositif ASALEE plus attractif aux yeux des médecins. Développer des outils pour permettre une meilleure communication entre médecins et infirmières est indispensable pour faciliter la collaboration interprofessionnelle.

Bibliographie

1. Force-Edorh, Mandereau-Bruno, B. & Piffaretti, C. Le poids du diabète en France en 2016 Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice : Santé publique France. (2018).
2. Fuentes, S., Mandereau-Bruno, L., Bernillon, P., Bonaldi, C. & Cosson, E. Evolution de la prévalence et de l'incidence du diabète en France entre 2010 et 2017.
3. DIABETE Ministère de la santé et de la solidarité. (2016).
4. Modalités de mise en œuvre locale de du protocole de coopération médecin/infirmière porté par l'association ASALEE (Internet). Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39573.pdf.
5. Les protocoles de coopération HAS art 51. Bilan du dispositif. (2014).
6. Tardits, E. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. (Bordeaux, 2016).
7. Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y. & Mousquès, J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. **241**, (2019).
8. Piette, L. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon. (Montpellier, 2018).
9. Py, R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le limousin en 2015. (2015).
10. Mousquès, J., Afrite, A. & Franc, C. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. (2019).
11. Vezien, C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre Médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente. (2017).
12. Protocole de coopération ASALEE. *ARS Cent. Val Loire* (2019).
13. Dadena, E. & SADER, M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vu des patients. (Université Toulouse).
14. Prato, A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. (Université de Nancy, 2011).
15. Fournier, C., Bourgeois, I. & Naiditch, M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *IRDES* (2018).
16. Aubin-Auger, Mercier, A. & Baumann, L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* (2008).

17. La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Etudes Résultats* **759**, (2011).
18. 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. DÉpidémiologie Santé Publique* **63**, 147–148 (2015).
19. Bourgueil, Y., Le Fur, P., Mousquès, J. & Yilmaz, E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico économique de l'association ASALEE. *1733* (2008).
20. Stewart, M. A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc. Sci. Med.* **19**, 167–175 (1984).
21. Little, P. *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* **323**, 908–911 (2001).
22. Levinson, W., Lesser, C. S. & Epstein, R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff. Proj. Hope* **29**, 1310–1318 (2010).
23. Bandura, A., Adams, N. E. & Beyer, J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* **35**, 125–139 (1977).
24. Compagnon, L. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 148–55 (2013).
25. Gauthier, J. Convention locale ASALEE 2012-2013.
26. Vantilcke, H. Déterminants d'intégration des médecins généralistes dans le dispositif ASALEE. (Lyon, 2020).
27. Tervaskanto-Mäentausta, T. *et al.* Collaborative diabetes training in outpatient primary care. *J. Eur. CME* **6**, 1288490 (2017).
28. Barbeau, H. Comment les médecins généralistes prennent-ils en compte le vécu et le sens de la maladie chez leurs patients diabétiques de type 2, au sein de leur référentiel décisionnel ? (2014).
29. Fiquet, L. *et al.* Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale* **16**, 105–117 (2015).
30. Udriot, P. & Mayoraz, L. L'infirmière clinicienne en diabétologie Dans sa collaboration interdisciplinaire à l'Association Valaisanne du Diabète et Dans le suivi ambulatoire des adolescents et des jeunes adultes diabétiques de type I.
31. Delamaire, M. L. & Lafortune, G. les pratiques infirmières avancées: une description et évaluation des expériences dans pays développés. OECD. (2010).
32. Chapuis, M. Les déterminants des processus de recrutement des patients dans les protocoles de recherche en médecine générale. (Université de Montpellier, 2016).
33. Adenot, I. Pourquoi une institution ordinaire?
34. Freidson, E. *La profession médicale*. (1985).

35. Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousquès, J. Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières. (2005).
36. Schmitt, C., St-Pierre, J. & Raymond, L. Collaboration entre chercheurs et praticiens pour laproduction de connaissances scientifiques etopérationnelles : réflexions autour d'une expériencescanadienne. (2018).
37. Rizany, I., Hariyati & Handayani, H. Factors that affect the development of nurses' competencies: a systematic review. **28**, 154–157.
38. Whiteford, H. *et al.* System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: a qualitative systematic review. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **48**, 895–906 (2014).
39. Husson, J. Collaboration entre médecins généralistes et infirmierslors du suivi des patients diabétiques de type IIinsulino-requérants : situation actuelle et perspectivesd'évolution selon les infirmiers. (Université Rouen, 2014).
40. Moretti, S. Le Programme Hors Normes en santé au travail : représentations d'infirmières du secteur public. (Université de Montréal, 2010).
41. Kosremelli Asmar, M. & Wacheux, F. Facteurs influençant la collaborationinterprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. (2007).
42. van Dongen, J. J. J. *et al.* Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Fam. Pract.* **34**, 98–106 (2017).
43. Naudin, D., Gagnayre, R., Marchand, C. & Reach, G. Éducation thérapeutique du patient : une analyse du concept de motivation. *Médecine Mal. Métaboliques* **12**, 79–87 (2018).
44. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Recommandations Has. Fiches. (2007).
45. Fayn, M.-G., Des Garets, V. & Rivière, A. Mieux comprendre le processus d' *empowerment* du patient. *Rech. En Sci. Gest.* **119**, 55 (2017).
46. Bassleer, B., Boulanger, J. M. & Menozzi, C. L'empowerment des patients: pourquoi et comment. *CHU LIEGE* (2008).
47. Franc, S. *et al.* P2037 Télémédecine et Coopération interprofessionnelle médecin/infirmier, qu'en est-il en pratique ? *Diabetes Metab.* **39**, A77 (2013).

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de me recevoir, et me consacrer un moment pour mon travail de thèse. Comme je vous l'ai dit lors de mon mail, je souhaite réaliser ma thèse sur les patients diabétiques de type 2, mais dans le cadre spécifique de l'association ASALEE.

Le but de cet entretien est d'aborder différents thèmes. Ce qui m'importe, c'est comprendre comment vous voyez les choses, découvrir votre point de vue. Parlez-moi le plus librement possible, n'hésitez pas à détailler vos remarques, et à reformuler.

Notre entretien va être enregistré. Les données recueillies seront rendues anonymes et je ne manquerai pas de vous les soumettre avant de publier mon travail.

1. **Comment se passe le recrutement des patients diabétiques de type 2, expliquez-moi ?**

- Quels sont les moyens de communication utilisés par le médecin généraliste pour sélectionner les patients ? Selon quelle temporalité ? Comment se fait le relais entre vous et le médecin généraliste ?

2. **Que pensez-vous du choix des patients qui vous sont adressés ?**

- Correspondent-ils à ceux que vous vous étiez imaginé ? Existe-t-il des différences ?

3. **Si vous étiez à la place du médecin généraliste, comment procéderiez-vous pour recruter les patients ?**

- Comment feriez-vous pour présenter le rôle et les objectifs de l'infirmière ASALEE ? Certains termes vous semblent-ils important à dire ? Par quels moyens de communication ?

4. **Avez-vous la possibilité d'échanger avec le médecin généraliste des modalités de ce recrutement ?**

- Avez-vous le sentiment d'être écouté par le médecin ? Avez-vous une influence sur le choix des patients ? Le médecin prend t-il en compte vos opinions lorsqu'il sélectionne les patients à intégrer au dispositif ?

5. **Comment pourrait-on améliorer ce recrutement ?**

6. **Caractéristiques sociodémographiques :**

- Date de l'entretien
- Sexe (homme, femme)
- Age
- Parcours professionnel (formation, expériences)
- Activité principale actuelle
- Nombres d'années d'ancienneté au sein de l'association ASALEE
- Lieu d'exercice (Maison de santé pluridisciplinaire, cabinet de groupe, cabinet individuel)
- Secteur géographique (rural, semi rural, urbain)

MAIL DE PRESENTATION



TOURS, le 09 mars 2020

Bonjour,

Je m'appelle Élodie DELOUBES, j'ai 28 ans, je termine actuellement mon internat de médecine générale. Je réalise un travail de thèse sur les patients diabétiques de type 2.

Alice PERRAIN est ma directrice de thèse. Elle est médecin généraliste à la CROIX-EN - TOURAINE. C'est elle qui m'a donné l'envie d'en savoir plus sur cette association et de vous rencontrer.

Elle m'a dirigée vers Hélène URVOIS, infirmière ASALEE, chargée du recrutement au sein du département d'Indre-Et-Loire. Nos premiers échanges ont permis d'affiner mon projet, et notamment mon guide d'entretien. C'est donc par son intermédiaire que je me permets de vous contacter.

Dans mon travail, je souhaite recueillir votre ressenti professionnel et échanger librement avec vous, à propos des patients diabétiques de type 2, dont vous assurez le suivi. Aucune préparation n'est nécessaire.

(Je vous poserai simplement des questions en face à face, au cours d'un entretien d'une heure environ, dans le lieu de votre choix)
==< Du fait des mesures de confinement, nous pouvons échanger via un logiciel de vidéo conférence : ZOOM. Son installation est simple et gratuite.

Nous conviendrons ensemble de la date et du lieu de rencontre, par téléphone ou par mail, selon vos disponibilités.

Je vous laisse mes coordonnées pour pouvoir me recontacter :

- soit par téléphone au 06.45.81.12.40,
- soit par mail à l'adresse ci-jointe : ptitebranche@gmail.com

Vous remerciant par avance de votre réponse,

Bien cordialement,

Elodie DELOUBES

MAIL DE REMERCIEMENT



Tours, le 04/06/2020

Bonjour,

Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. La rapidité de votre réponse et votre disponibilité m'ont touchée. Ce travail de thèse n'aurait pu avoir lieu sans votre contribution à chacun/chacune. J'espère qu'il pourra contribuer à mettre en avant vos expériences respectives.

Je vous joins ci-après la retranscription écrite de notre entretien. Elle est entièrement anonymisée. Nos échanges ont été retranscrits dans leur intégralité sans modification de ma part.

Si lors de votre lecture, vous souhaitez apporter certaines modifications, n'hésitez pas à me le dire. Nous en discuterons ensemble.

Je vous joins de nouveau mes coordonnées :

Elodie DELOUBES
06.45.81.12.40
ptitebranche@gmail.com

Vous en souhaitant bonne réception,

Bien cordialement,

Elodie DELOUBES



Vu, le directeur de thèse



Docteur Alice PERRAIN
01 - Médecine générale Conventionné
27 Rue d'Artoise
37150 LA CROIX EN TOURAINE
37 1 05189 7 00 1 20 1 01

Vu, le doyen
De la Faculté de médecine de Tours
Tours, le

DELOUBES Elodie

2 Tableaux 57 pages 3 Annexes

Résumé :

Introduction : L'association ASALEE repose sur la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmières ASALEE pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Le médecin généraliste propose au patient de débiter un suivi puis organise le relais vers l'infirmière ASALEE.

Objectif : Recueillir le ressenti des infirmières ASALEE sur le recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative a été réalisée entre mars et mai 2020 au moyen d'entretiens semi dirigés auprès de 14 infirmières ASALEE en Indre et Loire.

Résultats : Les infirmières étaient globalement satisfaites du recrutement bien que les pratiques soient très variables d'un cabinet médical à l'autre. A leurs yeux, la responsabilité du recrutement incombait au médecin généraliste avant tout. Elles ont exprimé principalement deux attentes à l'égard du recrutement : recruter l'ensemble des patients diabétiques de type 2 et développer davantage la présentation orale.

Discussion : Les médecins et les infirmières ont deux postures différentes à l'égard des patients. Les infirmières, en adoptant une démarche centrée pathologie, souhaiteraient pouvoir suivre l'intégralité des patients diabétiques de type 2. Les médecins quant à eux, adoptent une approche centrée patient, et préfèrent sélectionner les patients selon leur degré de motivation, leurs autres comorbidités, leur contexte socio-culturel, religieux... Ces deux visions distinctes peuvent fragiliser la collaboration médecin/infirmière. Le recrutement pose donc la question de la place de chacun dans le cadre de l'exercice coordonné dans les soins primaires. Des échanges réguliers et respectueux sont indispensables pour aider les professionnels à mieux se connaître et s'approprier leurs rôles respectifs.

Mots clés : Infirmière, ASALEE, diabète de type 2, médecine générale, collaboration, recrutement des patients, soins primaires, exercice coordonné, centré patient.

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Membres du Jury : Professeur François MAILLOT
Professeur Matthias BUCHLER
Docteur Peggy PIERRE

Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN

Date de soutenance : Le 22 septembre 2020