

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2021-2022

Thèse n°

### **THÈSE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 6 janvier 2022 à Poitiers  
par **Madame Laëtitia LANDREIN**

**Évaluation des ressentis des patients diabétiques de type II sur la  
consultation de synthèse en trinôme  
(Médecin, infirmière ASALEE, patient)**

Étude qualitative

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

**Membres** :

Monsieur le Professeur associé Pascal PARTHENAY  
Monsieur le Docteur Marc BESNIER

**Directeurs de thèse** :

Monsieur le Professeur associé Pierrick ARCHAMBAULT  
Monsieur le Docteur Thierry CHARPENTIER

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

#### **Professeurs émérites**

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## Remerciements

### **À Monsieur le Professeur Philippe BINDER**

Je suis honorée que vous acceptiez de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

### **À Monsieur le Professeur associé Pascal PARTHENAY**

Je vous remercie de siéger dans le jury de cette thèse et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

### **À Monsieur le docteur Marc BESNIER**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

### **À Monsieur le Professeur associé Pierrick ARCHAMBAULT**

Je te remercie pour tes précieux conseils et ta disponibilité dans la codirection de ce travail de thèse. Merci aussi de m'avoir enseigné la médecine générale lors de mon SASPAS, je me souviendrai longtemps de tes précieux conseils.

### **À Monsieur le docteur Thierry CHARPENTIER**

Merci pour ton soutien et ta bienveillance lors de ce travail de thèse. Je te remercie aussi pour tes précieux conseils lors de mon SASPAS qui m'ont permis de progresser.

### **À Madame Gaëlle BILLEAUD-SQUARNEC**

Je te remercie de m'avoir conseillé longuement et soutenue lors de ce travail.

### **Aux autres infirmières ASALÉE, Gaëlle TRIT et Gaëlle SAVIGNEAU,**

Je vous remercie pour votre disponibilité et de votre implication dans ce travail de thèse. Je remercie aussi tous les patients ayant accepté de participer à ma thèse.

À mes **parents Béatrice et Jean-Yves**, merci pour votre soutien sans faille du premier jour de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je n'aurai jamais pu devenir médecin sans vous.

À ma **grand-mère Raymonde** pour ton soutien, ta bienveillance et ta tendresse tout au long de ces études. Et à ceux disparus, que je n'oublierai jamais.

À **mon frère Ludovic**, à **ma belle-sœur Marine**, et à mes **neveux Raphaël et Chloé**. Merci pour bienveillance, vos conseils et votre bonne humeur tout au long de mes études.

À mes **amies d'enfance : Alexia, Laura, Bertille, Marion** et **leurs conjoints**, et à celles rencontrées à la faculté de médecine **Aurélie et Eugénie**. Vous êtes, chacun à votre manière, indispensables à mon bonheur. Même si les distances entre nous sont parfois immenses, je sais que notre amitié est forte et perdurera.

À **Guillaume**, merci pour ta patience, ta joie, ton soutien et ton amour ces derniers mois. Le meilleur reste à venir.

## TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES</b>	<b>6</b>
<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>II. MATERIEL et MÉTHODES</b>	<b>11</b>
A. Choix de la méthode	11
B. Recrutement et échantillon	11
C. Entretiens	12
D. Éthique	12
E. Analyse des données	13
<b>III. RÉSULTATS</b>	<b>14</b>
A. Caractéristiques des patients	14
B. Résultats des entretiens	15
1. Le suivi avec l'IDSP	15
2. Le médecin et le suivi du diabète	18
3. Une prise en charge différente entre médecin et de l'IDSP	18
4. La consultation de synthèse	20
C. Schéma des résultats principaux : LA RELATION TRIANGULAIRE	27
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>28</b>
A. La consultation trinôme symbole de l'évolution des soins primaires.	28
B. La consultation de synthèse dans le cadre de l'éducation thérapeutique	29
C. L'augmentation de l'implication du patient dans sa prise en charge	30
D. Les répercussions positives sur leur suivi	31
E. Perspectives de travail	33
F. Forces de l'étude	33
G. Faiblesses de l'étude	33
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>34</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>35</b>
<b>VII. ANNEXES</b>	<b>37</b>
A. Mail aux Infirmières ASALEE	37
B. Guide d'entretien	38
B. Feuille consentement écrit	40
C. Déclaration à la CNIL	41
<b>VIII. RESUME</b>	<b>42</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
- IDSP : Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- DAPHNEE : Évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières

### ASALEE

- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- ECG : Électrocardiogramme
- IRM : Imagerie à Résonance Magnétique
- BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

## I. INTRODUCTION

Le diabète atteint plus de 3,5 millions de personnes en France, et ce chiffre ne cesse d'augmenter(1). La prise en charge du diabète a donc une place de plus en plus importante dans les cabinets de médecine générale. La complexité de la prise en charge de cette maladie chronique, dans le contexte de baisse du nombre de médecins et de vieillissement de la population, pousse à modifier les pratiques habituelles.

La réflexion sur la création de nouveaux métiers dans la santé remonte à 2002 à l'initiative du Professeur BERLAND qui remarquait « qu'au fil du temps les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être ». (2)

L'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe) est créée en 2004, dans les Deux-Sèvres, par le Dr J. GAUTHIER et un ingénieur informaticien Mr A. DERVILLE. Elle a pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients diabétiques en réalisant des actes de prévention, d'éducation thérapeutique ainsi qu'en épargnant du temps médical grâce à une délégation de tâches dérogatoires des médecins généralistes vers les infirmières.

En 2009, la délégation de tâche apparaît dans l'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (3)« Par dérogation les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L 4011-2 et L 4011-3. »

Le protocole ASALEE est validé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2012(4), amorçant une extension nationale. Ces IDSP (Infirmière déléguée à la santé publique) sont environ 1500 aujourd'hui, associées à 6000 médecins répartis sur tout le territoire français.

Il y a 4 protocoles standardisés et validés par l'HAS:

- Dépistage et prise en charge du diabète : incluant la rédaction et signature des prescriptions des examens (HBA1C, micro-albuminurie, dosage du Cholestérol, créatinémie, fond d'œil), la prescription et la réalisation des ECG, la prescription et la réalisation des examens des pieds.

- Suivi des patients à risque cardiovasculaire incluant la prescription et réalisation des ECG.
- Dépistage de la Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez le patient tabagique avec prescription, réalisation, et interprétation de la spirométrie
- Dépistage des troubles cognitifs chez les personnes âgées via la réalisation de tests mémoires.

Mais l'IDSP a un champ de compétences bien plus large. Elle s'occupe aussi du suivi des enfants et adolescents en surpoids, de l'aide au dépistage du cancer du sein et du colon, de l'aide à la réalisation des automesures tensionnelles, du suivi des patients présentant une hyperglycémie et enfin de l'accompagnement au sevrage tabagique.

L'IDSP a un rôle essentiel d'éducation thérapeutique, qui selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), permet aux patients « d'acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »(5).

En 2008, une évaluation médico économique d'ASALEE est réalisée et a montré une amélioration de l'équilibre glycémique et du suivi des patients diabétiques de type 2(6). Les différents travaux qualitatifs réalisés à ce jour dans le cadre d'ASALEE montrent, du point de vue des patients, une amélioration du vécu et du ressenti de la maladie ainsi qu'une amélioration du comportement alimentaire, de la pratique de l'activité physique et de l'observance thérapeutique (7)(8).

La présence d'une IDSP et d'un médecin généraliste dans un cabinet médical entraîne une modification des pratiques favorisant une dynamique d'équipe. Les deux acteurs y sont favorables comme cela est exploré dans le travail de M.SADER et E.DADENA en 2017 et celui de I.ETCHENGOYEN L.PAGADOY et C.SCHUCK en 2020 (9)(10).

En 2017, la fédération française des Maisons et Pôles de Santé contacte la Chaire santé de Science Po et lui demande de coordonner une réflexion pluridisciplinaire autour des politiques d'organisation des soins primaires. Il en ressort notamment une nécessité de donner aux soins primaires les moyens de s'organiser autrement qu'autour du médecin généraliste isolé et de donner naissance à l'équipe de soins primaires coordonnée voire l'équipe traitante(11). Le terme d'équipe n'est pas anodin. Il définit le regroupement de professionnels de spécialités différentes devant travailler ensemble pour atteindre le même objectif(12). Mais, aider le

patient à acquérir des compétences pour pouvoir améliorer sa qualité de vie nécessite une véritable cohérence dans la prise en charge.

Le temps de concertation entre le médecin et l'IDSP est prévu dans le protocole détaillé d'ASALEE validé par l'HAS(13). Ce temps est rémunéré pour les médecins et est compris dans le temps de travail des IDSP. L'évaluation sur l'impact d'ASALÉE dans le cadre du programme DAPHNÉE mené par l'IRDES et débutée mi 2015(14), nous a montré l'hétérogénéité des pratiques au sein d'ASALÉE. Les binômes IDSP-médecins y sont classés en trois groupes en fonction de l'ancienneté dans le dispositif, l'intensité des échanges entre les professionnels et l'intensité de l'activité. Il y est décrit que plus la coopération est ancienne et soutenue, plus les effets estimés de celle-ci est importante.

Une réflexion autour de l'amélioration de la nouvelle relation triangulaire médecin-patient-IDSP a émergé en 2015 au cabinet du Dr CHARPENTIER, Dr GEST et Mme Gaëlle BILLEAUD SCOUARNEC (IDSP) : Comment harmoniser cette prise en charge, médicale et éducative, et adopter une posture commune face au patient pour qu'il puisse prendre des décisions éclairées ?

L'idée d'une consultation de synthèse annuelle est alors née, réunissant le patient, l'IDSP et le médecin traitant.

Cette consultation de synthèse est construite comme un point d'étape sur l'état de santé du patient. Dans un premier temps, un bilan sur la prise en charge au cours de l'année écoulée est réalisé, tout en interrogeant le patient sur ses difficultés afin de faire émerger ses questionnements. Un plan personnalisé de soins est alors progressivement établi en concertation avec le patient, avec les nouveaux objectifs négociés ensemble.

Cette consultation a pour but d'harmoniser la prise en charge globale, en valorisant l'alliance thérapeutique. Elle vise à associer les compétences médicales et éducatives lors d'une même consultation pour aider le patient à prendre les décisions éclairées et nécessaires à l'amélioration de sa santé.

La consultation de synthèse en trinôme se développe progressivement dans le réseau ASALEE et n'a jamais fait l'objet d'une évaluation.

L'hypothèse de notre étude est que la consultation de synthèse en trinôme permet au patient de ressentir une harmonisation de sa prise en charge et qu'il en perçoit des répercussions positives sur son comportement et son suivi.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le ressenti des patients sur leur prise en charge lors d'une consultation de synthèse en trinôme : patient, IDSP, et médecin.

## II. MATERIEL et MÉTHODES

### A. Choix de la méthode

La méthode utilisée était une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs.

Cette méthodologie est la plus adaptée à la recherche en médecine générale, car les facteurs observés sont subjectifs donc difficiles à mesurer(15).

### B. Recrutement et échantillon

Il a été nécessaire dans un premier temps, de rechercher des équipes Médecin-IDSP réalisant des consultations de synthèse en trinôme et volontaires pour participer à ce travail de thèse. Un premier mail a été envoyé par Mme BILLEAUD-SCOUARNEC (IDSP ASALEE à la maison de santé de NUEIL LES AUBIERS) sur la messagerie nationale par laquelle communiquent les 1500 infirmières ASALEE.

Celui-ci expliquait le but du travail, et précisait qu'il était nécessaire que les médecins et les IDSP pratiquent la consultation de synthèse en trinôme et qu'ils soient volontaires pour participer (ANNEXE A).

Nous n'avons aucun de moyen à ce jour pour connaître le nombre d'équipes Médecins-IDSP réalisant cette consultation de synthèse car il n'y a pas de référencement au niveau d'ASALEE.

Les 5 équipes qui ont répondu positivement ont été contactées par mail par l'investigatrice pour leur exposer l'étude, le déroulement, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que pour transmettre ses coordonnées.

Les patients volontaires ont alors été recrutés par les IDSP qui leur expliquait l'étude et le déroulement des entretiens. Il y avait deux possibilités : soit un rendez-vous présentiel était fixé avec l'investigatrice, soit leurs coordonnées étaient transmises à l'investigatrice pour qu'elle puisse les recontacter ultérieurement.

Seulement 3 cabinets médicaux ayant répondu positivement, avaient des patients volontaires et éligibles : PARIS (75) dans le 13ème arrondissement, à NUEIL-LES-AUBIERS (79)et MAUZE-THOUARSAIS (79).

Au total, 14 patients ont été initialement recrutés.

Les critères d'inclusion étaient d'avoir un diabète de type 2, d'être suivi par l'infirmière ASALEE pour leur diabète et d'avoir participé à au moins une consultation de synthèse en trinôme. Le seul critère d'exclusion était d'être sous tutelle ou curatelle.

La diversité des profils a été recherchée et non pas une représentativité statistique(16). Les critères que nous recherchions à faire varier étaient l'âge, le sexe, le milieu socio-économique, l'ancienneté de découverte du diabète.

### C. Entretiens

Les entretiens individuels semi-directifs ont été basés sur un guide d'entretien (ANNEXE B) établi sur la base des recherches bibliographiques réalisées en amont avec un maximum de questions ouvertes, pour ne pas influencer le récit du patient.

Au début de chaque entretien, le travail de recherche était présenté aux participants, ils étaient informés de la possibilité d'arrêter l'enregistrement à tout moment s'ils le souhaitaient. Leur accord oral, était recueilli.

Enfin, un formulaire leur était envoyé par voie postale pour recueillir leur consentement écrit (ANNEXE D).

Les premières questions portaient sur l'historique du patient (âge, métier, sexe, ancienneté du diabète), une deuxième partie sur ses entretiens avec l'IDSP puis dans un troisième temps sur les consultations de synthèse en trinôme.

Les cinq premiers entretiens ont été réalisés dans un bureau de consultation libre des cabinets médicaux, puis les suivants par téléphone pour des raisons géographiques.

Les entretiens étaient enregistrés sur l'application *Dictaphone*® (*iPhone*) pour les entretiens en face à face et avec l'application *RECMYCALLS*® (*iPhone*) pour les entretiens téléphoniques. Les questions ont été reformulées au fil des entretiens si elles étaient mal comprises(17).

Les entretiens ont eu lieu du 12 août au 25 octobre 2021 et ont durés de 21 à 51 minutes.

### D. Éthique

Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) a été demandé et déclarait que cette étude n'était pas, au sens du code de santé publique, une étude impliquant la personne

humaine puisqu'elle évaluait des modalités d'exercice des professionnels de santé. Par conséquent, seule une déclaration à la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) de conformité au protocole MR 003 a été nécessaire (ANNEXE C).

#### E. Analyse des données

Les entretiens ont été anonymisés et retranscrits mot à mot sous *Word@*.

Le nom des infirmières, médecins et les villes ont été remplacés par des numéros (exemple : IDE 1, Dr 1, et Ville 1). Les expressions (rires, pleurs) ont été indiquées en italique dans l'entretien.

Il a été réalisé par la suite un encodage manuel des verbatim de type ouvert puis thématique et pour finir les codes ont été regroupés en grandes catégories sous *Word@*.

L'encodage a été réalisé par l'investigatrice seule.

La saturation des données a été obtenue au 12<sup>ème</sup> entretien, deux patients n'ont donc pas été interrogés(15).

### III. RÉSULTATS

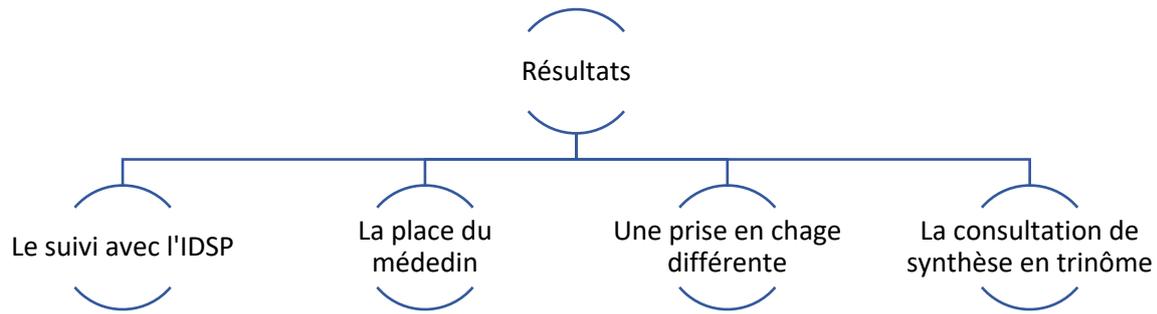
#### A. Caractéristiques des patients

Patient	Sexe	Age	Métier	Milieu	Ancienneté découverte Du diabète
1	F	77 ans	Retraité Documentaliste	Rural	10 ans
2	H	68 ans	Retraité Ouvrier	Rural	5 ans
3	H	59ans	Pré Retraite Routier	Rural	10 ans
4	F	81ans	Retraîtée Aide-soignante	Rural	5 ans
5	F	65 ans	Retraîtée Cadre de santé	Rural	4 ans
6	H	60 ans	Retraité Mécanicien	Urbain	16 ans
7	F	60 ans	Retraîtée Secrétaire	Urbain	17 ans
8	H	66 ans	Retraîtée Électricien	Urbain	20 ans
9	F	67 ans	Retraîtée Aide à domicile	Rural	15 ans
10	H	56ans	Actif Formateur	Urbain	4 mois
11	F	67 ans	Retraîtée Mère au foyer	Rural	10 ans
12	H	68 ans	Retraité Chauffeur routier	Rural	10 ans

Au total, 12 patients ont participé à l'étude, 6 femmes 6 hommes, 10 des patients étaient retraités et 1 seul en préretraite et 1 patient était encore en activité.

L'âge des participants est en moyenne de 66 ans.

## B. Résultats des entretiens



### 1. Le suivi avec l'IDSP

#### a) Ses compétences

Les **compétences** de l'infirmière ne sont pas remises en doute par les patients. L'infirmière pouvant répondre à leurs questions, réfléchir et amorcer des modifications de traitement avant avis médical et les orienter rapidement vers les autres spécialistes.

*Patient 2 « Il y a des symptômes dont je lui parle, elle est capable de m'expliquer l'origine ou m'aider à les combattre »*

Un patient la qualifie même de super infirmière, au-delà de l'infirmière traditionnelle en raison de ces compétences particulières.

*Patient 2 « il faut prendre IDE 1 comme une super infirmière », « au-delà d'une infirmière traditionnelle, elle a des prérogatives, que n'a pas une infirmière traditionnelle ».*

#### b) Leur relation avec IDSP

Les patients sont unanimement **satisfaits** de leur prise en charge avec l'IDSP.

*Patient 3 « j'en suis satisfait puis c'est tout. »*

*Patient 6 « Je suis très content, je suis vraiment satisfait »*

*Patient 7 « Je suis très contente d'elle »*

Ils soulignent la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec leur IDSP. La **confiance** établie avec cette IDSP au fils des entretiens est importante pour eux.

Patient 5 « je pense qu'il y a eu une accroche et qui était porteuse »

Patient 2 « Il y a un climat de confiance qui s'est installé, et pour moi, c'est ma référente »

Un patient la qualifie de **confidente**, car un suivi **psychologique** avait été mis en place.

Patient 4 « On parle de tout, aussi bien des enfants que des petits enfants, que... Comment je me sens, comment je vais, est-ce que je dors bien, est-ce que je mange bien. Pleins de petites choses de la vie courantes, mais... qui me font du bien, ça me fait du bien parce que je peux dire des choses avec elle que, je vais pas dire à une amie ou à une voisine. Voilà ça me fait beaucoup de bien. »

Patient 4 « C'est agréable d'avoir quelqu'un en face de vous qui vous écoute et qui vous comprend et qui prend part à vos problèmes et ben moi je trouve que c'est vachement important. »

c) Aspects positifs de leur suivi

Les patients insistent sur l'importance de sa prise **en charge globale** avec un suivi des examens complémentaires, la réalisation des examens des pieds, des électrocardiogrammes (ECG), le suivi psychologique ou diététique.

Patient 1 « On parle de ce que je suis au moment où je suis là, mes problèmes physiques, médicaux. Et aussi bien, psychologiques », « Avec IDE 1 c'est tout un ensemble, c'est très intéressant. »

Patient 5 « On aborde tout, est où on balaye, balaye les différents éléments de la vie »

La plupart apprécie la **disponibilité de l'infirmière**, car ils peuvent l'appeler s'ils en ont besoin. Elle est joignable bien plus facilement que le médecin et leur accorde le temps d'écoute nécessaire.

Patient 1 « je trouve qu'IDE 1, étant donné son métier, est très disponible »

Patient 10 « Elle est vraiment disponible aussi, elle m'a dit s'il y a un problème de santé que je ne comprends pas, elle est disponible j'ai l'appelle, je passe la voir, et c'est elle qui explique ce que je ne comprends pas bien. »

Un patient apprécie la construction **d'un protocole** d'insuline suite de la découverte de son diabète puis le suivi coordonné avec l'infirmière.

*Patient 5 « on a construit un protocole et tout ça, avec une augmentation régulière, j'étais connectée avec elle par rapport à mes résultats et tout ça donc on se qu'on communiquait »*

Ils apprécient les **explications adaptées** à leur situation personnelle, à leur mode de vie ou à leurs connaissances médicales, ainsi que le fait de ne pas imposer les changements mais de les négocier.

*Patient 2« quand on se retrouve on échange par rapport aux résultats, ce qui faudrait faire ou ne pas faire. Pour ce qu'il faudrait faire, on essaye de faire l'effort, ce n'est pas toujours évident avec le confinement. »*

*Patient 5 « Elle a vite compris comment je fonctionnais et que bah fallait pas trop m'en imposer au contraire, il faut me suggérer et reprendre les choses en main, donc ça s'est bien passé ! et puis bon avec l'établi la même chose avec la nouvelle ide salée. »*

Ils apprécient **l'aide pour la prise de rendez-vous** avec les spécialistes ce qui leur permet un meilleur suivi, ayant eux-mêmes des difficultés administratives.

*Patient 6 « je parle de tout, mes rendez-vous, des problèmes de santé, si j'ai quelque chose je lui explique et surtout des rendez-vous et les démarches, de prendre des rendez-vous à l'hôpital avec un médecin, un spécialiste, comme c'était le cas pour faire des radios, pour faire des I.R.M, des dopplers. C'est grâce à elle que j'ai pu obtenir tous les rendez-vous rapidement. »*

*Patient 9 « Elle s'occupe de prendre mes rendez-vous pour le cardiologue, l'angiologue pour les artères. »*

Les conseils alimentaires prodigués par l'IDSP sont adaptés au patient, à leur rythme de vie et à leurs habitudes antérieures.

*Patient 1 « bah alimentaire, oui, comme j'ai un traitement anticoagulant, elle m'a beaucoup aidé »*

Patient6 « Tout ça c'est grâce, à IDE 3, c'est elle qui m'a dit quoi manger, comment il faut manger, qu'est-ce qu'il faut prendre le soir, qu'est-ce qu'il faut prendre le matin, quand est ce qu'il faut prendre l'insuline, les cachets. »

2. Le médecin et le suivi du diabète

a) La place du médecin traitant dans le dispositif ASALEE

De son côté, le médecin est perçu comme le **technicien** de la prise en charge, responsable du diagnostic et de la prescription médicamenteuse. Sa place reste essentielle.

Patient 6 « il a le rôle principal, je suis content je vous dis».

Patient 5 « je dirais quand même que la place du médecin, elle est essentielle parce que sa parole, elle a quand même de l'importance, elle a une grande importance, la parole du médecin » « Puis c'est lui qui va pouvoir orienter le traitement à partir de ce que le patient le dit. Alors l'infirmière peut le faire, mais c'est lui qui va trancher. Il a un rôle de décideur quand même. »

b) Les problématiques ressenties dans le suivi de leur diabète

La notion de **manque de temps médical** est revenue dans tous les entretiens, certains patients ont peur de **déranger leur médecin** en lui posant des questions qui seraient jugées trop « simples » et ils **oublient de lui poser des questions**.

Patient 1 « je ne voulais pas faire perdre de temps à Dr1 »

Patient 1 « Mais après, il peut y avoir pleins de choses qui nous trottent dans la tête par rapport à ça et que je ne permettrai pas de demander, prendre un rendez-vous avec le Dr 1 »

3. Une prise en charge différente entre médecin et de l'IDSP

Les patients évoquent les différences de **compétences** entre ces professionnels, certains cantonnent le médecin au volet **médical** du suivi comme le prescripteur du traitement, et l'IDSP au volet **éducatif**.

Patient 8 « Bien c'est différent, le médecin, il insiste sur la maladie, sur les médicaments et tout. L'infirmière, elle m'oriente sur les repas, elle m'appelle. »

*Patient 10 « Le médecin me prescrit des médicaments et l'IDE 3 m'explique les choses qui sont bien, ce qu'il faut éviter le prendre. »*

Un élément important pour les patients interrogés est la **disponibilité de l'IDSP par rapport à celle du médecin**. Celle-ci ayant plus de temps pour répondre à leurs questions et plus de facilité à la joindre en cas de soucis.

*Patient 1 « IDE1 est plus disponible, par rapport à leur temps de travail, puis cela fait partie de son travail,*

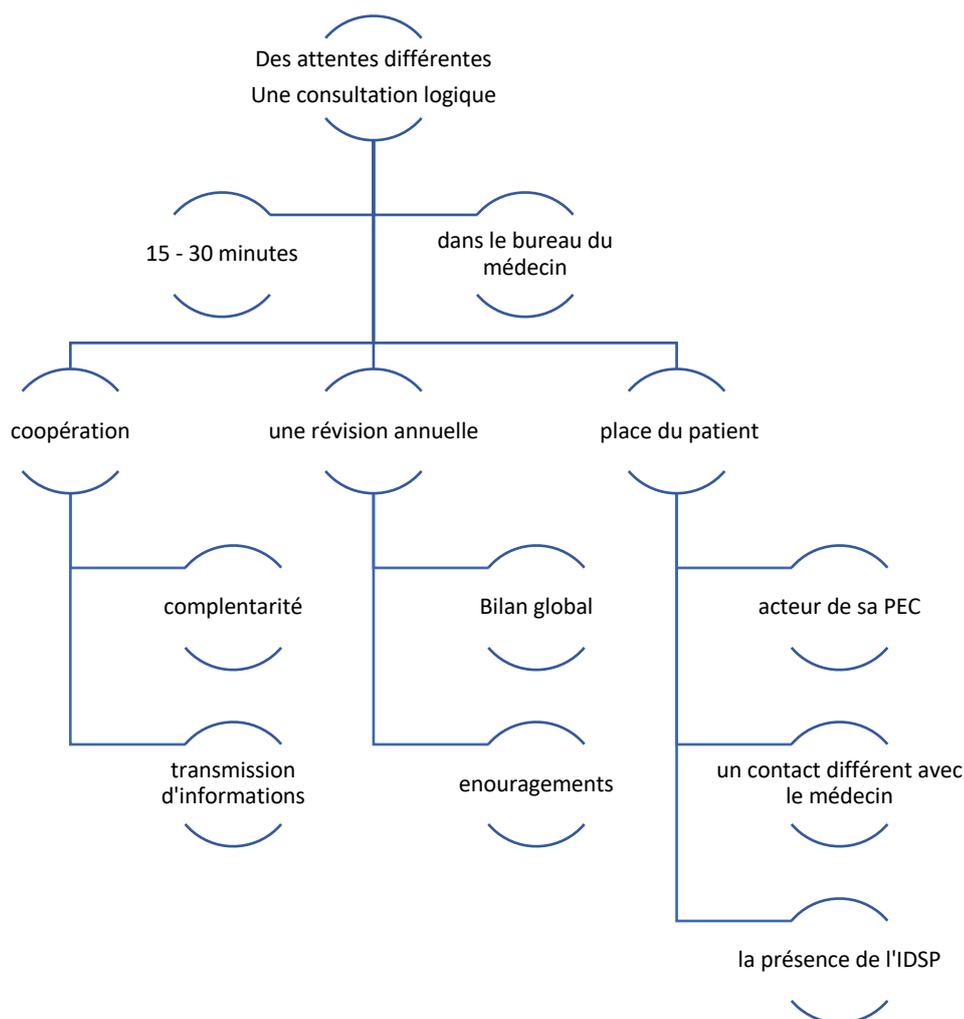
Plusieurs patients interrogés ont insisté sur la relation différente qu'ils entretiennent avec les deux professionnels. Certains insistent sur le fait qu'ils sont **plus à l'aise avec l'IDSP car ils peuvent discuter plus librement avec elle, de sujets moins médicaux**.

*Patient 3 « mais moi je trouve que c'est plus ouvert de discuter avec une infirmière ASALEE, qu'avec le docteur. C'est leur travail, c'est leur boulot de médecin, mais c'est pas pareil. C'est pas pareil, je pourrais pas vous dire exactement, mais c'est pas le même contact, pas la même approche »*

Le fait que l'IDSP **soit une femme** est un facteur important pour deux patients.

*Patient 11 « je ne sais pas est-ce que c'est le fait que ce soit un homme ? puis elle est douce, elle explique bien, elle prend son temps. »*

#### 4. La consultation de synthèse



##### a) Où ? et pourquoi ?

La majorité des patients trouvent que cette consultation est arrivée **naturellement** et **logiquement** dans leur suivi.

Le médecin est le premier à avoir évoqué la consultation en trinôme selon cinq patients. Trois des patients pensent que c'est l'IDSP qui leur a proposé. Les autres n'ont pas de souvenirs précis.

*Patient 2* « c'est tout à fait normal que le docteur et l'ide soient présents lors de cette synthèse annuelle »

*Patient 12* « je crois bien que c'est venu spontanément comme ça ouais. Je me suis même pas posé la question »

A la question « Aviez-vous des attentes particulières ? » :

- Certains n'avaient pas **d'attentes particulières**.
- Un seul patient avait une **appréhension négative**.

*Patient 1 « Je crois que je m'en tracassé un peu, j'avais peur que ça aille plus loin que je n'aurai voulu, qu'elles me dévoilent des choses que je n'aurais pas voulu »*

- Un patient attendait cette consultation avec **l'ide pour être plus à l'aise avec le médecin**.

*Patient 7 « écoutez en fait quand ide 3 m'accompagne chez mon médecin traitant, je suis un petit peu plus à l'aise, plus soulagé »*

- Quatre patients souhaitaient **une synthèse annuelle**, une reconnaissance **des efforts effectués** pendant l'année.

*Patient 12 « Je trouve que c'est un suivi médical qui est un peu plus approfondi, donc c'est ce que j'attends un peu. »*

*Patient 7 « Oui, bah je voulais quand même qu'on parle de tout ce que j'avais. »*

*Patient 2 « on se dit qu'il y a une évolution depuis un an, il faut perdre du poids ou faire plus attention sur certains aliments ...Ça permet de booster »*

- Un des patients attendait la **collaboration** entre le médecin et l'IDSP.

*Patient 10 « Non rien de particulier, juste une conjugaison de ces deux professionnelles de santé, qui collaborent pour mon bien »*

Pour tous les patients, cette consultation est réalisée dans le bureau du médecin et dure entre de 15 à 30 minutes. Elle peut être réalisée à la suite ou non d'une consultation avec l'IDSP.

*Patient 3 « avec l'ide je dirais que ça dure 20 minutes, une demi-heure en gros, et après tous les 3 avec le médecin ça doit faire 20 minutes, donc ça doit faire 1h15 en gros. Bah ils n'ont pas que moi non plus à s'occuper... et y'en a d'autres derrières qui attendent. Ça se passe ici, l'IDE2 a son bureau et je vois le Dr dans son bureau après »*

*Patient 5 « La consultation trinôme, elle est toujours dans le bureau du Docteur 3, toujours. »*

b) Que s'y passe-t-il ?

**Le contenu de la consultation est différent**, plus complet, que la consultation avec l'IDSP seule pour certains, avec la réalisation du **bilan** de l'année écoulée, d'un **point global sur la santé** du patient. Un patient la qualifie même de **révision annuelle**, où se dessine un **projet de soins** adapté au patient.

Patient 1 « On a repris mon historique, on fait les différents points, Ça ça été fait, cela n'a pas été fait, et puis après « il y a-t-il ceci à faire ? », c'est ce que nous pourrions améliorer »

Patient 3 « on parle de ce qui faut, il faut pas faire ... »

Patient 2 « c'est comme une voiture dans laquelle on fait une vidange », « ouais c'est pour mon bien, en fait ça permet de poser mes limites aussi. Si on a aucun pilier aussi on a aucun jalon, et bah on fonce dans le mur ! donc si on n'a rien pour se guider, on file un mauvais coton »

D'autres n'ont pas remarqué **de différences** notables entre cette consultation et la consultation avec IDSP seule.

Patient 10 « Il n'y a pas de différences moi, s'il y a des questions je les pose, dans les 2 consultations »

Pour certains patients, ce moment est l'occasion **d'encouragements et de valorisation** des efforts réalisés au cours de l'année. Un moment de motivation supplémentaire.

Patient 8 « Quand ils sont tous les 2, ils m'encouragent »

Patient 5 « C'est un peu un peu un soutien, les efforts que je fais, reconnaître. »

c) La relation Médecin-IDSP vue par le patient

La **complémentarité** des deux professionnels semble ressortir dans cette consultation. Du point de vue du patient, l'un et l'autre enrichissent **leurs pratiques**.

Patient 7 « Beh c'est une équipe, ils se complètent »

Patient 5 « Le docteur a besoin de l'infirmière et l'infirmière d'un docteur »

La présence du médecin et de l'infirmière ensemble, en équipe, dans leur intérêt est appréciée par les patients. Ceux-ci mettant en commun leurs compétences en **coopérant ensemble**.

*Patient 8 « leurs places ont changé beaucoup, parce que ce n'est pas l'infirmière à part et le médecin à part. »*

*Patient 4 « Je suis pour ce travail d'équipe, ce travail de symbiose tous ensemble, "on a tous un truc différent mais on met en commun pour le patient," je trouve ça extraordinaire »*

*Patient 6 « Si j'ai oublié de dire à mon médecin, et que je l'ai déjà dit à Ide 4, elle me fait répéter. Elle le dit « il a oublié ça et il a fait ça « elle note tout chez elle. Donc c'est positif à 100 %. »*

*Patient 10 « une conjugaison de ces deux professionnels de santé, qui collaborent pour mon bien »*

L'échange d'informations apportées par chacun des praticiens au niveau diététique, thérapeutique..., permet **d'harmoniser** leur prise en charge du diabète. Les patients ont conscience de la **nécessité de transmission d'informations** entre les deux professionnels.

*Patient 12 « Si le Dr n'a pas pensé à ça, l'IDSP a pensé à ça... »*

*Patient 1 « Toutes les 2, elles font une synthèse sur notre santé, il y a des conseils qui sont donnés qui ne seraient peut-être pas donnés autrement »*

Enfin certains patients sont satisfaits de la bonne **entente entre les deux professionnels**, ce qui favorise un travail d'équipe sain.

*Patient 4 « Je trouve qu'ils travaillent en bonne entente, c'est génial, le travail d'équipe »*

#### *d) Ressenti du patient sur sa place dans la consultation*

Plusieurs patients mentionnent que cette consultation leur redonne une réelle place dans le dispositif en tant que patient et qu'ils **ne se sentent pas considérés comme des numéros mais comme des patients à part entière**.

Patient 1 « on se sent pris en charge, on n'est pas un numéro, qu'on est une personne »

Patient 2 « je me suis toujours considéré ici, pas comme un patient, comme dans certaines institutions où l'on passe à la chaîne »

Patient 2 « Je ne suis pas un numéro de sécurité sociale ».

Certains avouent se sentir plus en **confiance** quand leur suivi est abordé en équipe.

Patient 1 » j'ai confiance quand elles sont toutes les 2, au moins je suis prise en charge et je me dis qu'au moins je ne serais pas trop malade »

C'est aussi un **moment d'information** pour le patient.

Patient 3 « j'aime mieux, là on est au courant, on est sur le fait accompli. Parce que sinon comment voulez faire s'il n'y a pas de contact, si on ne sait rien, on fait comment ? Là on a le résultat, on discute ensemble puis voilà, on voit les aboutissements. »

Ce moment de **concertation** à trois est important.

Patient 3 « on est tous les 3, on se concerte ensemble. »

Patient 3 « On est tous les 3, on voit où ça en est les résultats. Il y en a un qui dit « on fait ça » et l'autre, il dit « bah non, on fera pas ».

Patient 5 « on vous met au centre du dispositif, parce que votre parole est importante »

Un patient évoque être acteur **de sa santé** car il prend part aux décisions thérapeutiques, **il décide** du changement thérapeutique si nécessaire. Pour certains, **leur implication dans la prise en charge** leur permet de ne pas oublier leurs médicaments ou leurs rendez-vous médicaux. Ils se sentent plus **impliqués dans leur prise en charge**.

Patient 5 « il faut composer avec moi, j'ai cette façon d'être qu'il faut composer avec moi. Si on m'ordonne, entre guillemets, je ne peux pas, je ne suivrai pas, faut vraiment que moi je me sente acteur de ma prise en charge. Il faut que ça vienne de moi ! donc bon docteur 3 c'est très bien et puis IDE 1 avait bien compris ça aussi donc elle est de me laissais une grande place dans mes décisions, les orientations elle me donnais matière et puis après moi je prenais ou pas, voilà donc c'est comme ça. »

*Patient 8 « Comme je vous disais ça m'a encouragé, je m'occupe vraiment de ma maladie, je me soigne vraiment, je ne loupe pas mes rendez-vous... Ça m'a encouragé vraiment ce n'est pas comme avant. »*

Le **contact avec le médecin** se transforme en présence de l'IDSP pour la plupart des patients, certains se sentent **plus à l'aise** pour évoquer leurs problèmes personnels car ils les ont déjà abordés avec l'IDSP ou parce qu'ils se sentent soutenus, en présence **d'un allié, comme quelqu'un de leur famille.**

*Patient 9 « je me sens plus à l'aise pour parler, parce que j'ai abordé mes soucis familiaux avec la première ide et avec le docteur alors qu'avant je ne le faisais pas »*

*Patient 7 « Je trouve que le médecin il me connaît mieux, avant il ne me connaissait pas autant »*

Certains **craignent moins d'oublier** leurs questions à poser au médecin grâce à la présence de l'IDE qui est là pour rappeler au médecin les événements intercurrents.

*Patient 7 « Oui IDE 4, elle me met en confiance, parce que je sais qu'elle note tout donc si jamais j'oublie, elle le dira. »*

Certains sont soulagés que le médecin soit plus disponible pour discuter en présence de l'IDSP.

*Patient 5 « je sens le Dr3 plus disponible, parce qu'il n'a pas cette pression de répondre à mes questions, parce que je les ai déjà réglé avec ide 2 »*

Le médecin est plus **attentif** à leurs questions.

*Patient 6 « La deuxième, troisième fois, et les suivantes, le docteur était plus attentif à m'écouter ! »*

e) *Le ressenti global des patients.*

Les patients sont unanimement **satisfaits** de cette consultation et n'ont pas trouvé de points négatifs.

*Patient 12 « Il n'y a aucun point négatif, c'est agréable, très constructif, on y va pas en reculant. C'est très positif »*

Ne voyant **pas de différences** entre une consultation avec IDSP seule ou avec le médecin, certains des patients ne trouvent pas nécessaire de renouveler cette consultation ou de l'intégrer dans leur suivi.

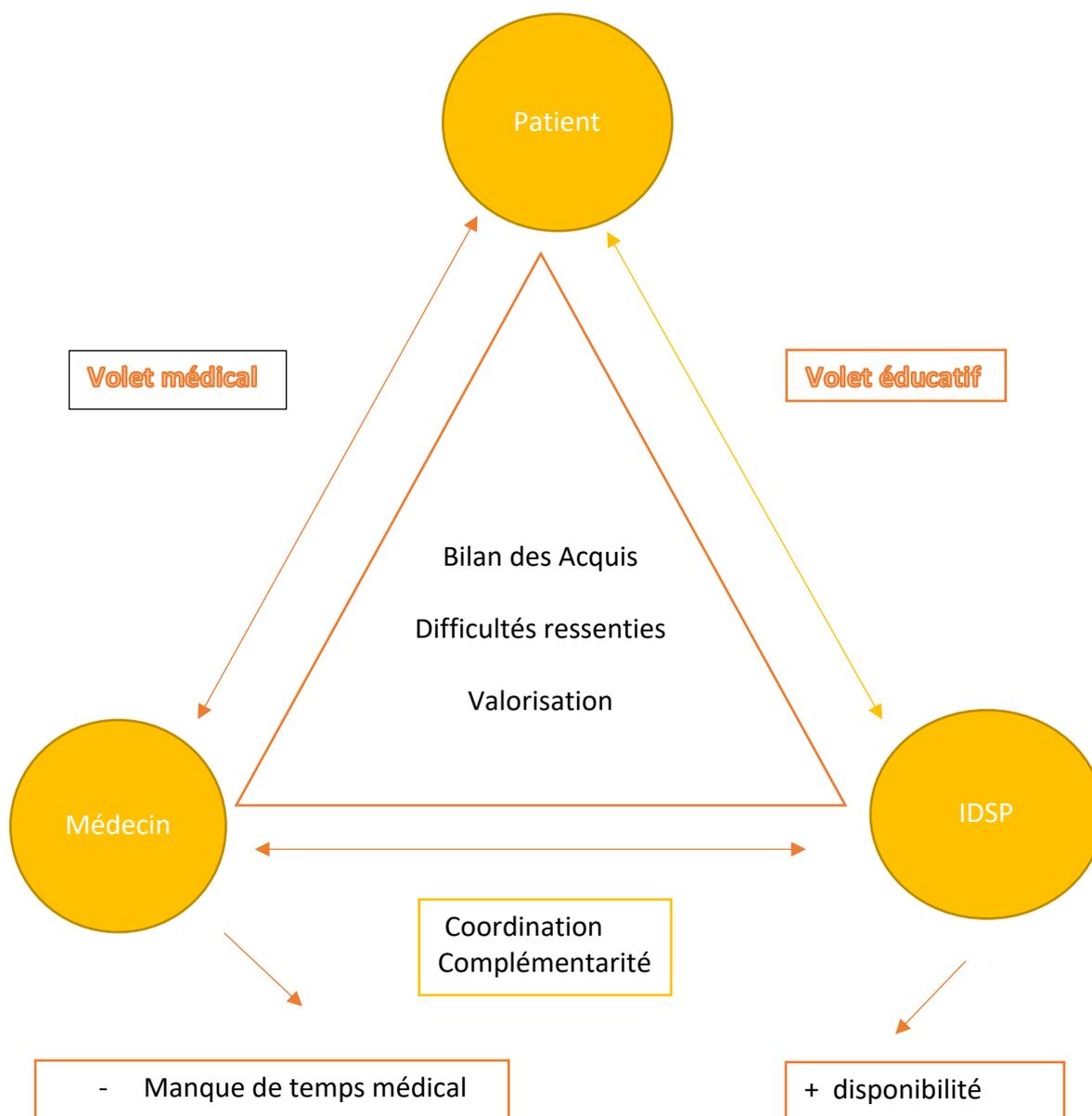
*Patient 9 « je ne pense pas que ça ait changé grand-chose, peut être que je suis moins stressée parce qu'on est trois.... Mais comme je vous dit comme je connais bien le docteur, c'est pas un étranger. Je le connais depuis des années ».*

A contrario, pour d'autres, la baisse du nombre de médecins et le manque de temps médical nous obligera à se tourner de plus en plus vers **la délégation de tâches et vers la coopération professionnelle.**

*Patient 4 « comme il va y avoir de moins en moins de médecins de moins en moins de personnel soignant ... de moins en moins d'infirmières il va bien falloir que tout le monde se regroupe et s'entendent et quand on a affaire à des gens qui sont bien... (sourire) C'est à prendre en modèle !!!! »*

*Patient 12 « Nécessaire non, mais sur le long terme je pense que cela sera des consultations nécessaires, pour le nombre de médecins qui baisse. »*

### C. Schéma des résultats principaux : LA RELATION TRIANGULAIRE



## IV. DISCUSSION

Notre travail qualitatif montre que les patients sont satisfaits de la consultation de synthèse. Elle est pour la majorité d'entre eux, plus complète qu'une consultation avec l'IDSP seule, grâce à la réalisation du bilan de santé global de l'année et permet la coordination entre le volet médical et éducatif.

Plusieurs patients ressentent une augmentation de leur implication dans la prise en charge et une modification de la relation avec leur médecin.

### A. La consultation trinôme symbole de l'évolution des soins primaires.

Certains patients ont évoqué spontanément l'intérêt de la consultation de synthèse et de la collaboration au sein du dispositif ASALÉE pour face aux problématiques de **démographie médicale**.

Ils s'estiment d'ailleurs chanceux de pouvoir bénéficier du dispositif ASALEE.

Le rapport du Pr BERLAND de 2002, mettait en lumière la diminution du nombre de médecin prévue entre 2002 et 2012(2), quelle que soit l'augmentation du numérus clausus, et soulignait la nécessité de faire évoluer les métiers de la santé vers la délégation de tâches entre professionnels.

Le développement d'ASALEE dès 2004 avec la formation d'équipes IDSP-médecin a profondément **transformer les soins primaires**. Travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires requiert de dépasser la hiérarchie hospitalière où le médecin décide seul et distribue les rôles.

La **collaboration** entre le médecin et l'IDSP **au sein de la consultation de synthèse** est un élément important pour les patients « *Ça a changé beaucoup, parce que ce n'est pas l'infirmière à part et le médecin à part* ».

Elle favorise la **coordination et la transmission d'informations** entre les deux professionnels de santé favorisant ainsi **l'harmonisation de la prise en charge**. Si l'un des professionnels oublie, par exemple un examen ou une biologie annuelle, le deuxième professionnel est là pour le lui rappeler. Les patients apprécient qu'ils coopèrent dans leur intérêt. Un des patients nous dit, « *une conjugaison de ces deux professionnels de santé qui collaborent pour mon bien* ». Ces résultats sont concordants avec la thèse de E.DADENA et M.SADER sur le protocole

de coopération ASALEE en 2017 (9) où les patients considèrent cet échange d'information comme normal, et même bénéfique.

Certains avouent se sentir plus en confiance quand les décisions sont prises de façon collégiale.

Une minorité de patients ne trouvent cependant pas nécessaire de renouveler la consultation de synthèse car ils ne voient pas de différences avec le suivi avec l'IDSP seule.

La consultation de synthèse est nouvelle dans le dispositif ASALEE et n'a jamais fait l'objet d'une évaluation, il y a très peu de bibliographie à ce sujet. En 2020 dans le travail de I. ETCHENGOYEN, L.PAGADOY et C.SCHUCK(10) sur le ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes, plusieurs patients avaient très brièvement évoqué la consultation en trinôme et leurs avis étaient nuancés.

## B. La consultation de synthèse dans le cadre de l'éducation thérapeutique

Pour les patients, la consultation de synthèse arrive « naturellement » dans la suite de prise en charge de leur diabète. Elle est **plus complète, plus approfondie** qu'une consultation où ils sont seuls avec l'IDSP. Un patient affirme « *On a repris mon historique, on fait les différents points, Ça ça été fait, cela n'a pas été fait, et puis après « il y a-t-il ceci à faire ? », c'est ce que nous pourrions améliorer* ». Ils réalisent, en trinôme, le bilan de l'année écoulée puis, sur la base du plan personnalisé de soins initié avec l'IDSP, ils en redessinent ensemble les nouveaux contours.

La principale difficulté ressentie par les médecins dans le suivi des patients diabétiques est l'adhésion des patients aux recommandations du régime alimentaire et d'activité physique, selon l'étude ENTRED (Échantillon témoin représentatif des personnes diabétiques) réalisée entre 2007 et 2010 (18).

L'éducation thérapeutique a donc une place primordiale dans la prise en charge du patient et « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Elle comprend « les activités organisées, y compris du soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie »(5). Mais l'éducation thérapeutique nécessite du temps. Les IDSP y sont formées et disposent du temps nécessaire pour sa réalisation.

L'HAS a établi un guide de méthodologie de l'éducation thérapeutique. Celui-ci préconise plusieurs étapes (19):

- La première étape est la réalisation d'un diagnostic éducatif pour connaître et identifier les besoins ainsi que les attentes du patient. Elle est réalisée par l'IDSP et leur permet de cerner les différents aspects de la vie du patient pour prendre en compte ses difficultés et son projet de vie.
- La deuxième étape est de définir les compétences que le patient veut acquérir en adéquation avec son projet.
- La troisième étape est donc de planifier et de mettre en œuvre les séances d'ETP.

La consultation de synthèse s'intègre donc à la quatrième étape du guide méthodologique de l'ETP qui préconise de « faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie. »

### C. L'augmentation de l'implication du patient dans sa prise en charge

Un patient affirme être **acteur de sa santé** car il prend part aux décisions thérapeutiques. Un autre patient évoque de son côté que les injonctions sur son régime alimentaire ou la pratique d'une activité physique ne sont pas efficaces pour lui et qu'il préfère qu'on lui enseigne les changements à opérer plutôt que de lui dicter : « *il faut composer avec moi, j'ai cette façon d'être qu'il faut composer avec moi. Si on m'ordonne, entre guillemets, je ne peux pas, je ne suivrai pas, faut vraiment que moi je me sente acteur de ma prise en charge.* »

Certains patients ressentent que cela favorise leur **implication** dans la prise en charge. Ils n'y pas d'injonctions mais des propositions d'amélioration à discuter avec eux. Ils se sentent plus responsables de leur santé et reconnaissent moins oublier la prise de leurs médicaments ou leurs divers rendez-vous médicaux. In fine, cela augmente donc leur adhésion.

La consultation de synthèse est le symbole d'une **nouvelle relation triangulaire**. Elle transforme la relation entre le patient, l'IDSP, et le médecin en une relation moins hiérarchique. Un patient nous dit « *on vous met au centre du dispositif, parce que votre parole est importante* ».

La théorie de l'**empowerment** du patient est un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé. Le Dr Marie-Georges FAYN, Docteur en sciences de gestion et de communication, nous l'explique dans son livre sorti en 2017 « mieux comprendre le processus d'empowerment du patient » (20). « Ce renversement trouve son origine dans une dynamique portée par trois forces. La première est issue des personnes malades, qui individuellement et collectivement, aspirent à plus d'autonomie, revendiquent des relations plus équilibrées et exigent davantage de transparence et de participation. La deuxième vient des législateurs soucieux de moderniser les services publics en application des pratiques de démocratie sanitaire qui prônent la participation de l'ensemble des acteurs du système sanitaire à la politique de santé. Enfin, la dernière force est associée aux équipes soignantes qui conçoivent la relation de soin manière plus participative, comme un temps de collaboration construit sur la durée plutôt que comme une simple consultation ».

Pour nos patients, la consultation de synthèse est aussi un moment d'**encouragements** et de **valorisation des** efforts réalisés au cours de l'année. Un moment de motivation supplémentaire au suivi avec l'IDSP « *Quand ils sont tous les 2, ils m'encouragent* ». Cette technique s'appelle le renforcement positif et fait partie de l'entretien motivationnel qui a été développé par Mr W. MILLER et Mr S. ROLLNICK dans les années 1980. Elle permet à celui qui la pratique de motiver le patient au changement en augmentant le sentiment d'efficacité du patient(21).

#### D. Les répercussions positives sur leur suivi

La plupart des patients différencient l'approche plutôt médicale du médecin et éducative de l'IDSP. La consultation de synthèse permet de mettre en évidence leur **complémentarité** : « *c'est une équipe, ils se complètent* ».

Les patients apprécient d'aborder en trinôme des problématiques thérapeutiques, alimentaires, sociales, psychologiques.... Le manque de temps du médecin est une notion qui est revenue régulièrement lors des entretiens et qui paraît limitante. En effet, il existe une certaine peur de le déranger avec des questions jugées « futiles » et qui lui feraient perdre du temps. Un patient nous dit « *Mais après, il peut y avoir pleins de choses qui nous trottent dans la tête par rapport à ça et que je ne permettrai pas de demander, prendre un rendez-vous avec le Dr 1* »

La consultation de synthèse leur permet donc d'aborder des aspects différents de leur pathologie et ainsi de favoriser **l'alliance thérapeutique avec leur médecin généraliste**. Un patient s'exprime sur ce sujet « *Je trouve que le médecin il me connaît mieux, avant il ne me connaissait pas autant* ».

La modification de cette relation n'a jamais été explorée à la suite de la consultation trinôme mais plusieurs thèses concernant leur relation au sein du dispositif ASALEE l'ont fait. Elles retrouvent un **rapport médecin-patient moins paternaliste**, davantage centré sur la personne dans sa globalité comme dans la thèse de L.ECHEGOYEN, L.PAGADOY et C. SCHUCK en 2020 (10).

La nouveauté dans cette consultation de synthèse est la présence de l'IDSP **avec** le médecin.

La totalité des patients interrogés entretiennent une **relation privilégiée** avec elle. Cette notion n'est pas nouvelle et déjà explorée dans plusieurs thèses qualitatives sur le protocole ASALEE, comme celle d'A. BOUCHAUD en 2017 sur le ressenti des patients diabétiques suivi par une IDSP (7) ou celle d'E DADENA et de M. SADER en 2017 sur le protocole de coopération ASALEE en Midi-Pyrénées(9).

Dans notre travail, les patients ont souligné des éléments importants :

- L'écoute active et sans jugements qui aide le patient à aborder tous les sujets sans crainte.
- L'approche différente de la maladie, plus globale.
- La prise en compte du versant psychologique, certains des patients la qualifiant même de confidente.
- La disponibilité des IDSP a été soulignée par les patients. Elles sont plus facilement joignables et leur temps de consultation est plus long que celui des médecins : en moyenne de 16 minutes(22) pour le médecin contre entre 52 minutes pour l'IDSP.

Pour la majorité des patients interrogés, sa présence dans la consultation **participe à les mettre à l'aise** car elle les connaît d'avantage et elle a établi une relation privilégiée avec eux « *Oui IDE 4, elle me met en confiance, je sais qu'elle note tout donc si jamais j'oublie, elle le dira.* »

## E. Perspectives de travail

Ce travail a exploré uniquement le ressenti des patients sur la consultation en trinôme. Cependant, il paraît nécessaire pour compléter cette étude, d'explorer le point de vue des médecins et des IDSP concernant les impacts sur leur collaboration ainsi que sur leur relation avec le patient.

## F. Forces de l'étude

Notre étude est originale, c'est la première à s'intéresser au sujet de la consultation de synthèse en trinôme patient-IDSP-médecin.

Cette étude est multicentrique et réalisée dans 3 cabinets médicaux différents ainsi les patients étaient suivis par 3 IDSP et 5 médecins différents. Ceci a permis d'explorer des pratiques différentes.

L'échantillon de personnes était diversifié et représentait autant d'hommes que de femmes et de milieux socio-économiques différents, limitant le biais de sélection des patients.

## G. Faiblesses de l'étude

Il y a plusieurs limites à cette étude :

- L'investigatrice était novice en recherche qualitative et cela a pu influencer le travail.
- Les patients connaissaient le statut de l'investigatrice car elle se présentait comme médecin généraliste ce qui peut influencer leurs déclarations et provoquer un biais de désirabilité.
- Réaliser les entretiens en présents dans les cabinets de consultation libres des cabinets médicaux peut avoir influencé la parole des patients en créant un biais de déclaration.
- Seulement 3 cabinets médicaux ont été recrutés. Cela s'explique par le faible nombre d'équipes IDSP-Médecin réalisant les consultations de synthèse en trinôme et volontaires pour ce travail de thèse.
- L'encodage a été réalisé uniquement par l'investigatrice ce qui crée un biais d'interprétation des données.

## V. CONCLUSION

Une consultation réunissant annuellement le médecin, le patient diabétique et l'IDSP est créée en 2015 dans l'objectif d'amélioration de la coopération ASALEE et de la prise en charge des patients diabétiques de type 2.

Cette étude qualitative menée par entretiens semi directifs est la première à explorer le ressenti des patients sur cette consultation.

La consultation de synthèse en trinôme permet de réaliser, en 15 à 30 minutes, et conformément au guide méthodologique de l'HAS sur l'éducation thérapeutique, un bilan du parcours accompli par le patient et l'IDSP. Elle revient sur les objectifs atteints, les questionnements persistants et définit les objectifs à venir. Il se construit progressivement un plan personnalisé de soins négocié avec le patient.

La consultation de synthèse est, pour le patient, un moment de coopération évident entre les deux professionnels qui le suivent individuellement. L'IDSP a construit avec lui, au fil de ses consultations, une forte alliance thérapeutique. La complémentarité du volet éducatif de l'IDSP et du volet médical du médecin montre tout son sens. Leurs échanges d'informations permettent l'harmonisation de la prise en charge.

La relation triangulaire entre le médecin, le patient et l'IDSP est encore récente. La place du patient dans le système de soins est en évolution. Cette consultation de synthèse est, pour certains patients, un moyen de se repositionner comme acteur de la prise en charge. Ils peuvent alors ressentir une amélioration de leur implication et des répercussions positives sur leur relation avec le médecin généraliste. La relation médecin-patient, anciennement paternaliste et verticale, se transforme alors en une relation de collaboration, plus horizontale.

Cette thèse est centrée sur le ressenti des patients concernant la consultation de synthèse. Mais la consultation de synthèse est basée avant tout sur la relation triangulaire. Le point de vue de l'IDSP et du médecin sur les répercussions éventuelles sur leur collaboration et leur relation avec le patient, reste encore à explorer.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Fagot Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète. Santé Publique France. 2010. Mise à jour 2019.  
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/185151/2315077>
2. Berland Y. Mission « Démographie des professions de santé ». 2002.  
Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/25827-mission-demographie-des-professions-de-sante>
3. Article 51- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance. Code de santé publique juil 21, 2009.  
Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879791](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791)
4. Avis n° 2012.0006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération n° 010 « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des " professionnels de santé " sur le territoire concerné »  
Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee)
5. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. Recommandations HAS. Juin 2007.  
Disponible sur [https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_604959](https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_604959)
6. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDS. Question d'économie de la santé n° 136 nov 2008
7. Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients du nord Deux-Sèvres. Thèse d'exercice. Université de Poitiers; 2017  
Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6064fc7e-aab2-4f27-8313-58ba4a966269>
8. Doazan P. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALEE: étude qualitative par entretiens individuels. Thèse d'exercice. Université de Clermont-Ferrand; 2018
9. Dadena E, Sader M, Phillips J. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées: le point de vue des patients Thèse d'exercice. Université de Toulouse; 2017  
. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1863/>
10. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes: évaluation qualitative croisée par méthode focus group. Thèse d'exercice. Université de Bordeaux; 2020

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03008374/document&usg=AOvVaw2VivTmKmgPQG7ECufTlvKe>

11. Bergeron h, Moyal A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. 2018

12. Lacroix A, Assal JP. Améliorer l'efficacité thérapeutique. Le travail d'équipe. In: L'éducation thérapeutique des patients. Maloine. Paris; 2011.

13. Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009. 2010.

Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/doc/Grille\\_de\\_protocole.doc&usg=AOvVaw1IUIA8-3dC16qETrqUZYb\\_](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/doc/Grille_de_protocole.doc&usg=AOvVaw1IUIA8-3dC16qETrqUZYb_)

14. 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. Questions d'économie de la santé, n° 241 - Avril 2019

Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.html&usg=AOvVaw3UN3HgK0I8v7wo8w18qvWG>

15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008;84:142-5.

16. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*, 2001, 32,2:117-21

17. P. Touboul, *Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative*. CNGE. 2013

Disponible sur : <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf&usg=AOvVaw3OGPGEN3qBcgO3CrjC0Vfx>

18. Etude Entred 2007-2010 [Internet]. Santé Publique France; 2019.

Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/etude-entred-2007-2010>

19. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique de l'HAS- 2007.

Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques)

20. Fayn M-G, Des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Rech En Sci Gest*. 2017;119(2):55.

21. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change. Guilford Press; 497 p.

22. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. Études et résultats n° 481 01/04/2006 (Màj le 21/12/2020)

Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>

## VII. ANNEXES

### A. Mail aux Infirmières ASALEE

Bonjour à tous

Mlle Laëtitia LANDREIN qui est passée en stage dans notre maison de santé souhaite réaliser une thèse dont le titre serait le suivant : "**Évaluation du ressenti des patients diabétiques de type 2 vus en consultation de synthèse en trinôme (patient, infirmière Asalée, médecin)**"

Elle est à la recherche d'équipes pratiquant ces consultations trinômes. Elle souhaiterait débiter ces entretiens début août sur la maison de santé et poursuivre avec d'autres équipes.

Si vous pensez être disponible pour ce travail et si vous pensez pouvoir intégrer des patients, n'hésitez pas à me faire le retour, je lui transmettrai vos coordonnées. (n'hésitez pas à me donner vos coordonnées téléphoniques également).

**Mlle LANDREIN reviendra vers vous directement pour prendre contact et vous expliquer les modalités.**

S'il vous est possible de me donner vos retours d'ici fins **de semaine**, merci d'avance.

Gaëlle Billeaud-Scouarnec

Infirmière Déléguée à La Santé Publique ASALEE

## B. Guide d'entretien

### INTRODUCTION

1- Quel âge avez-vous ?

2- Quel métier exercez/ exerciez-vous ?

3- Depuis combien de temps êtes-vous diabétique ?

4- Quel est le traitement pour votre diabète ? (Traitement injectable ou traitement médical seul ?)

### A PROPOS DU SUIVI AVEC L'IDE ASALÉE

5- Comment cela se passe t-il? Depuis combien de temps ? A quelle fréquence ?

6- Qu'abordez-vous lors de ces consultations ?

7- Que pensez-vous de ce suivi ?

8- Quels changements avez-vous remarqué dans votre comportement (*alimentaire ? Suivi thérapeutique ? Autre ?*)

9- Comment définiriez-vous la place de votre médecin et de l'infirmière Asalée dans votre prise en charge?

### CONCERNANT LA CONSULTATION DE SYNTHESE EN TRINOME

10- par qui vous a-t-elle été proposée ?

11- Comment s'est-elle déroulée ?

- lieu

- temps

12- Qu'en attendiez-vous ? Aviez-vous des attentes particulières ?

13- Quelle est pour vous, la différence entre cette consultation de synthèse et la consultation seul avec ide Asalée ?

14- Depuis cette consultation, que pensez-vous de la place du médecin et de l'ide dans votre prise en charge ?

15- Que pensez-vous de votre place lors de cette consultation ?

16- avez-vous remarqué des changements dans votre prise en charge depuis cette consultation ?

Alimentation, prise en charge, autre

17- Quels changements avez-vous pu faire de votre côté ?

18- Quels sont les points négatifs de cette consultation ?

- et positifs ?

19- Cette consultation vous semble-t-elle nécessaire ?

20- Aimerez-vous être suivi différemment ?

21- Avez-vous des choses à rajouter ?

## B. Feuille consentement écrit

### CONSENTEMENT PARTICIPATION À UNE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude dans le cadre de la thèse « évaluation du ressenti des patients diabétiques de type 2 vus en consultation de synthèse en trinôme (patient, médecin, infirmière ASALÉE).

J'accepte que mon entretien soit enregistré. J'ai été informé(e) que cet entretien est strictement anonyme et toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigatrice concernée.

Ma participation peut être stoppée à tout moment si je le souhaite, et sans justifications.

J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire.

Date :

Nom du volontaire :

Signature du volontaire :

( Précédée de la mention « lu et approuvé »)

LANDREIN Laëticia

(INVESTIGATRICE)



## C. Déclaration à la CNIL



Référence CNIL :

2224038 v 0

# Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 24 octobre 2021

Laetitia LANDREIN

### ORGANISME DÉCLARANT

<b>Nom :</b>	LANDREIN Laetitia	<b>N° SIREN/SIRET :</b>
<b>Service :</b>		<b>Code NAF ou APE :</b>
<b>Adresse :</b>		<b>Tél. :</b>
<b>CP :</b>		<b>Fax. :</b>
<b>Ville :</b>		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 25 octobre 2021

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

## VIII. RESUME

### **Évaluation du ressenti des patients diabétiques de type 2 vus en consultation de synthèse en trinôme (infirmière ASALEE, patient, médecin)**

**INTRODUCTION** : La consultation de synthèse en trinôme est créée en 2015 dans le but d'améliorer la prise en charge de patients diabétiques de type 2 et la collaboration entre le médecin et l'IDSP Asalée. En réunissant de façon annuelle le patient, l'IDSP, et le médecin généraliste, elle permet de réaliser un bilan de l'année écoulée puis un plan personnalisé de soins. Cette thèse est la première à évaluer le ressenti des patients.

**OBJECTIF DE L'ETUDE** : L'objectif de l'étude est d'évaluer le ressenti des patients diabétiques vus en consultation trinôme médecin-patient-IDSP.

**METHODE** : Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique réalisée par entretiens individuels semi-directifs auprès de 12 patients diabétiques de type 2 entre août et octobre 2021. L'échantillonnage a été diversifié en termes de sexe, d'âge, de milieux socioculturels, d'ancienneté de découverte du diabète. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot puis les verbatim ont été codés de façon ouverte puis thématique.

**RESULTATS** : Pour les patients, la consultation de synthèse favorise la transmission d'informations entre le médecin et l'IDSP et améliore donc leur collaboration. Le patient devient acteur du changement en prenant part aux décisions en collaboration avec les deux professionnels. Cela favorise l'augmentation de son implication dans la prise en charge. La réunion du versant éducatif et médical dans une consultation permet d'aborder le patient dans sa globalité. Certains patients apprécient d'aborder en présence de leur médecin des sujets qu'ils n'auraient jamais évoqué auparavant.

**CONCLUSION** : La consultation de synthèse en trinôme permet au patient de ressentir une harmonisation de sa prise en charge. Le patient devient de plus en plus acteur des décisions thérapeutiques en collaboration avec le médecin et l'IDSP. Elle peut augmenter l'alliance thérapeutique avec le médecin.

**MOTS CLES** : ASALEE, éducation thérapeutique, diabète de type 2, changement de comportement, entretiens individuels, médecine générale, recherche qualitative.



## SERMENT

✕✕✕✕

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 de salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

✕✕✕✕