



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 janvier 2024 à Poitiers

par **Monsieur Allan RICHARD**

**Recherche des changements constatés par les patients hypertendus
suivis dans le cadre du protocole ASALEE**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur PUYADE Mathieu

Membres :

Dr BRABANT Yann - Professeur associé

Dr FORGEOT Raphaèle - Maître de conférence associé

Directeur de thèse : Docteur ARCHAMBAULT Pierrick - Professeur associé


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – Référente égalité-diversité
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section médecine
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.A.S et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours d'instruction
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

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
- 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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, 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

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- 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)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur PUYADE, je vous exprime ma sincère gratitude et mon profond respect pour l'honneur que vous me faites en présidant ce jury.

Aux membres du jury Madame le Professeure FORGEOT et Monsieur le Professeur BRABANT, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail par votre expertise.

A Monsieur le Professeur ARCHAMBAULT, je tiens à t'exprimer ma profonde reconnaissance pour ton investissement et ton soutien. De Maître de stage jusqu'à Directeur de Thèse, à chaque fois de bons conseils et de bienveillance. Un grand merci à toi.

A tous mes autres maîtres de stage et aux médecins qui m'ont fait confiance pour les remplacer.

Je vous suis reconnaissant pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez transmis.

Aux cabinets médicaux, aux IDSP ASALEE et aux patients pour votre disponibilité et collaboration pour cette thèse.

À ma famille, en particulier à mes parents, je suis infiniment reconnaissant pour leur soutien indéfectible. Leurs corrections minutieuses de mes travaux et textes ont été d'une aide précieuse.

A ma sœur qui mérite également toute ma reconnaissance pour ses encouragements constants.

À mes amis du lycée, Clément, Zitoon, Ronan, Benoît, David et Jakess, je tiens à exprimer ma gratitude pour leur fidélité malgré la distance qui nous a séparées. Leur amitié a été un soutien inestimable.

Je tiens également à remercier tous mes co-internes, en particulier Chayane, Robalo, Robin, Virginie, Nour, Loïc, Neils et Quentin, avec qui j'ai tissé des liens d'amitié. Leur présence lors de mes différents stages m'a permis de discuter de mes doutes, de partager mes joies et mes peines, ce qui a grandement enrichi mon expérience.

LEXIQUE

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

IDSP : Infirmier(e) délégué(e) à la santé publique

ECG : Electrocardiogramme

SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HTA : Hypertension artérielle

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

HAS : Haute autorité de santé

IPA : Infirmier en pratique avancée

Table des matières

1. INTRODUCTION	7
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	9
2.1 DETERMINANTS ET OBJECTIFS	9
2.2 CHOIX DE LA METHODE	10
2.3 LA POPULATION ETUDIEE	10
2.4 LE QUESTIONNAIRE	11
3. RÉSULTATS	12
3.1 CARACTERISTIQUES DES PATIENTS	12
3.2 REPRESENTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	13
3.3 CHANGEMENT PERÇU	17
3.4 ÉVOLUTIONS DES ASPIRATIONS	26
4. DISCUSSION	29
4.1 FORCE DE L'ETUDE	29
4.2 FAIBLESSE DE L'ETUDE	29
4.3 DEVELOPPEMENT LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE	29
4.4 LES ATTENTES DES PATIENTS	30
4.5 UNE RELATION DE COMPLEMENTARITE	32
4.6 CONNAISSANCE GLOBALE, LACUNE SUR L'HYPERTENSION	34
4.7 FACTEUR LIMITANT	35
4.8 ADHESION A LA PRISE EN CHARGE	36
4.9 OPPORTUNITES D'AVENIR POUR LA RECHERCHE	37
5. CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	47
SERMENT	53

1. INTRODUCTION

1.1 Présentation d'ASALEE

ASALEE (action de santé libérale en équipe) est une association entre Médecins Généralistes et Infirmier(e)s Délégués à la Santé Publique en équipe de soins primaires, au service du patient. Créée en 2004, elle présente un accroissement régional à partir de 2008 puis se généralise à l'ensemble du territoire national à partir de 2012 (1).

L'infirmier(e) délégué(e) à la santé publique (IDSP) ASALEE est initialement impliquée dans l'éducation thérapeutique des patients présentant des pathologies chroniques afin que ceux-ci deviennent acteurs de leur santé et améliorent leur prise en charge et leur qualité de vie.

Ainsi, le patient va trouver, avec l'IDSP un complément à son médecin généraliste, un soutien thérapeutique et d'expression. L'IDSP va contribuer à une meilleure qualité lors d'une prise en charge médicale devenue plus complexe dans un contexte sanitaire de désertification médicale et de vieillissement de la population.

L'expérimentation ASALEE a démontré une amélioration significative et positive de la qualité de suivi des patients diabétiques pour toutes les réalisations de l'HbA1c, de microalbuminurie, et la réalisation d'ECG ou de consultation cardiologique lors d'étude sur le diabète de type 2. (2)

Plus de 7801 médecins généralistes travaillent avec 1792 infirmier(e)s (3).

1.2 Mission de l'ASALEE et les critères d'inclusion

En collaboration avec les patients, l'équipe composée de médecins et de l'IDSP coordonne le parcours de soins.

Elle encourage les patients à participer aux dépistages organisés et leur apporte un soutien pour les procédures administratives, en particulier pour les orienter vers des services d'aide à la personne.

L'IDSP réalise des actes techniques dérogatoires (4) :

- prescriptions d'examen biologique (HbA1c, microalbuminurie, dosage du cholestérol, créatinémie, fond d'œil),
- prescription et réalisation de l'examen des pieds avec monofilament
- prescription de soins de pédicurie pour les patients diabétiques
- prescription et réalisation d'ECG
- prescription des substituts nicotiques

- prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie
- réalisation de tests de mémoire pour les personnes âgées.

L'infirmier(e) ASALEE, en travaillant majoritairement dans des structures de soins en collaboration avec des médecins, permet une coopération rapprochée pour le suivi et la transmission de l'information.

L'IDSP pratique en outre un traçage de son activité via le Portail ASALEE.

Les protocoles établis pour le suivi ASALEE comprennent (4) :

- Le dépistage et le suivi du diabète
- Le suivi des patients à risque cardiovasculaire incluant ceux qui présentent une hypertension chronique
- Les patients à risque de BPCO incluant les patients fumeurs actifs ou en sevrage tabagique
- Le repérage des troubles cognitifs ainsi que leur suivi
- Le suivi des personnes participant aux dépistages organisés (cancer du sein, du col utérin et colorectal)

Grâce au dossier médical du médecin, l'IDSP peut détecter les patients éligibles aux protocoles de soin.

L'IDSP travaille en tant qu'employé au sein de l'association ASALEE et réalise des consultations sans frais pour les patients.

1.3 Relation avec le médecin généraliste

Le médecin généraliste continue d'assurer le suivi médical habituel du patient. Il lui suggère la possibilité d'un suivi collaboratif avec l'IDSP et s'il accepte, il le réfère pour une première consultation.

Il élabore un travail de coordination, de suivi et d'information avec l'IDSP.

Il échange avec le patient sur les modalités de sa pathologie, de sa prise en charge et de son suivi.

Il constitue un des acteurs centraux permettant une approche globale en relation avec l'infirmier(e) et le patient.

Il participe à certaines consultations en binôme, notamment celles de synthèse qui permettent d'établir un plan personnalisé de soins en négociation avec le patient.

2. MATÉRIEL et MÉTHODES

2.1 Déterminants et objectifs

L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente en France, qui d'après l'Institut de Santé Public touchait près d'un adulte sur trois en 2015. Cette pathologie constitue l'un des principaux risques cardiovasculaires. (5)

Cette étude montrait en outre une non-amélioration du dépistage et de la prise en charge depuis 2006, et même une dégradation de la prise en charge des sujets féminins de 2006 à 2015.

L'HTA essentielle résulte d'une étiologie multifactorielle impliquant des facteurs génétiques, d'âge et de mode de vie (6).

Les facteurs de risques liés au mode de vie et qui peuvent être modifiables, tels que la consommation excessive de sel, la lutte contre le surpoids et la sédentarité... font partie des principaux enjeux dans le traitement de l'HTA (6).

L'hypertension artérielle présente un manque de connaissances de la population générale ainsi que des patients atteints d'HTA qui peuvent expliquer des manques d'observance (7)(8)(9).

Selon une étude republiée par l'IRDES (3), la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmier(e)s améliore le suivi des patients atteints de diabète. Les différentes études qualitatives montrent que les patients ont majoritairement une opinion positive du système de consultation ASALEE (10,11,12), qui leur permet d'acquérir de nouvelles connaissances et de mettre en place des changements de comportement pour améliorer leur état de santé (10).

Cependant, la plupart de ces études se concentrent principalement sur le diabète (10,11), le tabagisme (12,13,14), bien que le système de prise en charge ASALEE s'intéresse également à d'autres comorbidités cardiovasculaires, telles que l'hypertension artérielle, qui est notamment fréquente chez les patients diabétiques.

Il serait donc pertinent de savoir si les patients hypertendus constatent également des changements positifs dans la gestion de leur habitude de vie.

L'objectif principal de cette étude est de relever, auprès des patients suivis par une IDSP ASALEE, les changements qu'ils ont constatés dans la prise en charge de leur hypertension artérielle.

L'objectif secondaire est de recueillir le ressenti des patients hypertendus au travers de leur prise en charge dans le protocole ASALEE.

2.2 Choix de la méthode

Nous avons effectué une étude qualitative, dans le département des Deux-Sèvres, sur plusieurs cabinets de médecine générale pour permettre une étude multicentrique.

Notre objectif de recrutement était de sélectionner des patients ayant des profils variés incluant l'âge, le sexe, le milieu socio-économique, la prise ou non d'un traitement, et l'ancienneté du suivi d'ASALEE.

Au préalable, la liste des IDSP des Deux-Sèvres nous a été communiquée par une formatrice référente de ce département. Un e-mail (ANNEXE 1) avec l'objectif de l'étude leur a été adressé mentionnant, la demande de leur collaboration, les critères d'inclusion, la population étudiée et la nécessité de la participation volontaire des patients.

Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés, permettant aux patients d'exprimer leur ressenti, leur vécu tout en ciblant l'objectif de l'étude.

Les patients étaient informés du caractère anonyme du recueil, des modalités de l'étude, de la possibilité d'interrompre leur participation à n'importe quel moment (ANNEXE 2).

2.3 La population étudiée

Parmi les 29 IDSP contacté(e)s, 6 ont répondu favorablement à notre demande dont 2 n'ont pas pu procéder au recrutement. Le recrutement a été mené par les infirmier(e)s ASALEE lors des consultations ou par les cabinets médicaux en fournissant directement une liste à l'investigateur. Les patients ont ensuite été contactés afin d'obtenir leur participation et convenir d'un lieu de rencontre, chez eux ou à un endroit de leur choix.

Les patients étaient majeurs, volontaires et avaient effectué au moins 3 consultations sur une période de 6 mois dans le département du Nord de Sèvres.

Quatorze patients répondant aux critères d'inclusion. Le recueil a été effectué par l'enregistreur vocal d'un téléphone portable après accord des patients.

L'ensemble des conversations a été transcrit sur traitement de texte Word, incluant les éléments non verbaux tels que les silences, les hésitations ainsi que les gestes du patient exprimant une émotion ou un sentiment.

Les entretiens ont été anonymisés en utilisant une numérotation croissante en fonction de leur date. Les identités des infirmier(e)s et des médecins ont été substituées par des lettres aléatoires, avec l'ajout d'un astérisque (*) devant les lettres des infirmier(e)s pour les distinguer des médecins.

Un double codage des conversations a été effectué manuellement par l'investigateur et son directeur de thèse par codage ouvert, puis axial et enfin sélectif.

La saturation des données a été atteinte lors de la 12^{ème} consultation ; 2 consultations supplémentaires ont été effectuées pour confirmer cette saturation des données.

Cette étude observationnelle et qualitative, basée sur le ressenti des patients suivis par un(e) IDE ASALEE, a été soumise à l'avis du comité de protection des personnes. Celui-ci a confirmé que cette étude ne soulevait pas de problème éthique particulier et ne relevait pas du champ d'application de la réglementation concernant les recherches impliquant la personne humaine (ANNEXE 3).

2.4 Le questionnaire

Ce questionnaire a été réalisé après recherche bibliographique, basé sur plusieurs études sur le vécu des patients et adapté après les premiers entretiens (10,11,12).

Avant de commencer le questionnaire, l'investigateur a utilisé une technique brise-glace en invitant les patients à parler de ce qui les avait motivé à participer à l'étude et à poser des questions concernant le sujet de recherche, son déroulement ainsi que les objectifs visés (ANNEXE 4,5).

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des patients

L'étude a impliqué la participation de 14 patients, dont 6 étaient des femmes et 8 étaient des hommes. Parmi ces patients, 11 étaient retraités, une patiente était en invalidité et 2 patients étaient encore en activité professionnelle. La moyenne d'âge des participants était de 67 ans.

Patient	Sexe	Âge	Profession	Début ASALEE	Milieu
1	F	73	Retraitée, professeure des écoles	10 ans	Semi-rural
2	M	46	Opticien	1 an	Semi-rural
3	M	69	Retraité, chauffeur routier	10 ans	Semi-rural
4	M	63	Retraité, transporteur	3 ans	Urbain
5	F	66	Retraitée, préparatrice de commande.	8 ans	Urbain
6	M	72	Retraité, magasinier	6 ans	Semi-rural
7	M	77	Retraité, électrotechnicien	3 ans	Semi-rural
8	F	52	Ouvrière, femme au foyer	6 mois	Rural
9	F	75	Retraitée, agricultrice/secrétaire	4 ans	Rural
10	M	71	Retraité, charpentier	4 ans	Rural
11	F	66	Retraitée, employée de bureau	10 ans	Semi-rural
12	M	67	Retraité, ambulancier	10 ans	Semi-rural
13	F	77	Retraitée, ouvrière	2 ans	Semi-rural
14	M	58	Chauffeur de bus	2 ans	Semi-rural

3.2 Représentation des professionnels de santé

a) Le rôle du médecin

La majorité des 14 patients percevaient le médecin chargé des soins médicaux, en incluant la répartition des responsabilités, la gestion des pathologies et, pour certains, de la prescription des traitements et des bilans biologiques.

« Parce que Madame, Madame D, c'est plus médical que l'infirmière... » Patient 8

« Monsieur E, c'est plus... C'est spécifique par rapport à la pathologie. » Patient 12

« Il me fait mon traitement de d'habitude et puis l'ordonnance. Tandis qu'elle, elle me fait les menus. » Patient 13

Quant à certains patients, ils le percevaient comme le **superviseur** dans leur prise en charge médicale.

« D'abord, c'est lui qui décide déjà ! C'est elle qui pose des questions. » Patient 10

Les contraintes

Un bon nombre de patients ont exprimé **leurs préoccupations** concernant les contraintes liées **au domaine médical** et aux **soins de santé**. Certains ont mentionné **la difficulté d'accéder** rapidement à des consultations médicales.

« Parce que les médecins sont débordés et ils ne prennent plus que les urgences et voilà, que si on est mourant, donc c'est compliqué. » Patient 2

« Je cherchais un médecin quand on est arrivé, on ne trouvait pas de médecin ! » « Aucun ne voulait nous prendre. » Patient 5

Ils pouvaient éprouver de la compassion pour le médecin et comprenaient la charge importante de son travail.

« Parce que y a des docteurs, des fois ce n'est pas facile hein ! ils en voient tellement » Patient 5

Il a été évoqué à plusieurs reprises **la limitation du temps des visites** qui pouvait entraîner pour plusieurs patients une **réticence à donner certaines informations** lors des consultations.

« Je suis très à l'aise avec C. Mais... comme je vous dis, je sais que son temps est compté. »

Patient 9

« Je pense que le médecin, il avait peut-être par rapport à ça, pas trop le temps non plus. Il avait d'autres patients à voir donc je comprenais » Patient 11

A ceci pouvait s'associer pour certains patients la représentation du médecin comme quelqu'un **d'important**.

« Disons pour certaines générations, un médecin, c'est quand même quelqu'un qui impose. »

Patient 12

La relation

Quelques patients ont exprimé **leur satisfaction de la prise en charge** de leur médecin ainsi que **la relation de confiance**.

« Si on m'a mis ce traitement-là, c'est que, il y en a un besoin ! Sinon on ne me l'aurait pas mis ! » Patient 3

« J'ai le docteur C et ça a été ... Ah c'était le jour et la nuit par contre ! Quand on a un problème il sait le résoudre ! » Patient 14

Aucun patient n'a exprimé une insatisfaction envers son médecin traitant.

b) Le rôle de l'infirmier(e) ASALEE

Rôle des compétences du suivi et de surveillance

Certains patients ont évoqué le rôle de **surveillance** assurée par l'infirmier(e), ce qui incluait : La surveillance clinique, la réalisation d'examens complémentaires, le suivi alimentaire et physique, les résultats des automesures et la surveillance biologique.

« Elle m'a pesée, m'a pris la tension, puis on a discuté si j'avais repris du poids. » Patient 14

« J'avais fait 3 prises de tensions. Donc on a analysé ça, on a fait la moyenne » Patient 4

Quelques patients ont évoqué **son rôle de rappel** des examens et des consultations médicales spécialisées.

« *Au niveau de votre cardiologue, avez-vous pris votre rendez-vous ?* » « *Voyez, on ne se sent pas seul !* » Patient 9

Des patients ont apprécié **sa praticité** pour effectuer un suivi complémentaire et la prise de rendez-vous.

« *L'avantage c'est qu'il n'y pas besoin de justifier plus que ça pour la prise d'un rendez-vous* » Patient 2

« *Donc, c'est plus pratique en définitif du coup !* » Patient 4

Rôle de conseil

Pour la plupart des patients, l'infirmier(e) avait un rôle **d'éducation et de conseils** en matière de nutrition

« *Donc elle m'a donné quelques conseils sur l'alimentation !* » Patient 9

« *On discutait beaucoup pour manger mieux, voilà surtout ça.* » Patient 11

« *Elle nous dit comment manger aussi.* » Patient 10

et d'autres pour le diabète.

« *Parce que moi c'était pas surtout pour l'hypertension, c'était pour le diabète !* ». Patient 10

Rôle de l'écoute

Certains patients appréciaient son **rôle d'écoute**.

« *Elle écoute, écoute constructive* » Patient 2

D'autres, la satisfaction dans les **échanges de discussion**.

« *Elle pose des questions, moi aussi je lui pose des questions* » « *et non moi, je trouve relativement sympa.* » Patient 3

Rôle de La communication

L'ensemble des patients a dit être satisfait de la communication avec les infirmier(e)s.

La moitié appréciait **le temps de consultation plus long** qu'avec le médecin traitant ce qui permettait **d'allouer du temps** à la discussion et aux explications.

« *Je trouve la nécessité d'avoir une personne qui justement qui prend ...le temps...* » Patient 3

« *Donc il y a le temps aussi de parler, d'exposer notre situation, contrairement à une consultation chez le généraliste.* » Patient 2

Plusieurs d'entre eux ont évoqué une **discussion plus informelle** avec l'IDSP.

« *Je vous dis, on discute de tout et de rien.* » Patient 5

Ils ont souligné fréquemment la **facilité de la communication** avec l'infirmier(e) en comparaison avec celle des médecins traitants.

« *B* est très abordable, on peut parler de tout avec, alors que Madame A est plus sur la réserve.* » Patient 1

« *Je peux dire plus de choses avec l'infirmière qu'avec mon médecin traitant* » Patient 8

« *Je me sentirais à l'aise pour lui demander pour l'interroger, pour lui en parler.* » Patient 9

Relation

La moitié des patients ont décrit une **relation de confiance** avec l'infirmier(e) et certains éprouvent même de **la sympathie**.

« *Il y a un état de confiance qui s'est créé.* » « *Elle est très sympa. Elle se met à la hauteur de la personne* » Patient 3

c) Collaboration entre infirmier(e)s et les médecins

L'ensemble des patients était satisfait de la prise en charge.

« *Super j'ai rien à dire...* » Patient 5

« *Ma foi excellente la dernière consultation avec D*.* » Patient 11

Un des patients qui avait eu des consultations en binômes a **apprécié ce type de suivi**.

« *Moi, je trouve c'est bien qu'elle participe quelques fois à des consultations entre le médecin et le patient* » Patient 3

D'autres parlaient **d'une collaboration** entre l'infirmier(e) et le médecin.

« *Je me dis c'est un peu aussi le relais qu'il fait avec l'infirmière Asalée.* » Patient 9

Parmi ces patients certains ont parlé **d'une complémentarité** entre le médecin et l'infirmier(e).

« *Moi je trouve, je trouve que c'est un complément !* » Patient 2

« *C'est ça que je trouve, moi... que c'est complémentaire.* » Patient 4

Par ailleurs, quelques patients ont trouvé que les **consultations** avec le médecin et l'infirmier(e) étaient **similaires**.

« *Oh ! la différence, moi je ne trouve pas qu'il y en a pas trop* » Patient 6

3.3 Changement perçu

a) L'autonomie

Sur 14 patients pris en charge par les infirmières ASALEE, plusieurs ont souligné l'importance de **l'autodiscipline**.

Ils ont mis en avant **leur responsabilité** de la prise de médicaments, **l'adaptation** de leur régime alimentaire ainsi que **la surveillance régulière** de leur tension artérielle et de leur glycémie.

« *En sortant de la consultation ça me met la pression. Bon allez, je fais attention ! je ne dois plus manger ça ! ça et ça !* » Patient 3

« *Et on n'est pas dans un côté punitif, justement.... On demande de l'aide, propose... On nous donne des outils, puis après on les prend ou on les prend pas, mais au moins, voilà...* »

Patient 2

Ces patients considéraient que la prise en charge médicale leur **fournissait des informations**, des conseils et par conséquent en échange, ils s'efforçaient de **mieux adapter leurs habitudes** de vie.

« Là, on a quelqu'un qui limite, on est plus dans un rôle de coach. Alors, elle ne nous dit pas ce qu'il faut faire ! Mais c'est vrai qu'on a au moins un interlocuteur d'ordre médical avec qui on peut avoir des repères, un peu de : Qu'est-ce que je peux faire ? » Patient 2

« On fait attention à ce qu'on mange. On essaye d'équilibrer au maximum. Bon, ce n'est pas tous les jours faciles, mais on fait, on essaye de faire ça. » Patient 11

Parmi ces mêmes patients, la moitié **effectuait des automesures** tensionnelles de manière régulière avant leurs consultations, tandis que certains diabétiques suivaient un contrôle fréquent de leur glycémie qu'ils notaient sur un carnet dédié à cet effet.

« Donc là, il faut que je refasse mes prises de tension ! J'ai une feuille ! Elle m'a donné une feuille ! Donc je vais remplir ma feuille ! » Patient 14

b) L'alimentation

La majeure partie des patients ont signalé **une modification de leurs habitudes** alimentaires dont quelques-uns ont mentionné une perte de poids en lien avec leur changement nutritionnel.

« J'avais perdu du poids. Le régime comme il faut ! Elle m'a bien expliqué et cela a été ! » Patient 5

« J'ai obtenu ce que j'ai voulu, j'ai perdu du poids ! » Patient 14

Dans certains cas, ils ont exprimé une préférence pour « **une alimentation équilibrée** » considérant qu'ils rééquilibraient plutôt leur alimentation qu'il ne suivait un « régime » ; terme plutôt perçu comme une connotation négative.

« Oui parce qu'on avait même parlé de régime pendant un moment avec B*...heu .. et les régimes ça me convient pas du tout ! oui, je fais plus attention à ce que je mange, surtout point de vue sucré. » Patient 1

« C'est un équilibre, c'est pas un régime pour moi enfin pour moi. Moi je ne prends pas ça pour un régime, je prends ça pour une meilleure façon de manger... C'est ce qu'on devrait manger... Manger correctement et plus sain. » Patient 14

D'autres patient **on réduit leur consommation** d'aliments sucrés ainsi que la quantité d'aliments gras, de sel lors de leur préparation pour privilégier une alimentation plus riche en fruits, légumes et féculents.

« Il faut manger plus de choses ! Enfin, pas plus de choses mais disons en petite quantité. » Patient 4

« Ah oui, logiquement, je n'ai plus de sel, plus autre chose ! Plus de graisse, plus de charcuterie, plus de ceci, plus de cela quoi ! Après... » Patient 10

« On fait plus attention à ce qu'on mange, comment on le mange. » patient 12

Par ailleurs, plusieurs patients ont mentionné qu'ils **suivaient un protocole** de rééquilibrage alimentaire.

« Elle nous a fait faire un rééquilibrage alimentaire, donc elle nous a donné une feuille avec ce qu'on avait le droit et avec les quantités » Patient 14

Les patients ont également parlé d'une **meilleure adhésion** à leur nouveau régime alimentaire voire pour certains une prise de conscience que ces changements d'habitudes de vie avaient des **effets positifs sur leur bien-être**.

" Mais ça me donne confiance ! Pour moi, c'est peut-être la première chose ... je sens qu'elle me donne des bons conseils pour l'alimentation. » Patient 9

« Parce qu'au début, je mangeais des biscottes sans sel et puis bon sur le coup de 10h00 j'avais faim, ça ne tenait pas ! » « Et puis elle m'a dit : « vous allez prendre du pain complet » « Depuis que je prends ça, c'est sûr que là j'ai plus faim ! Il y a aucun problème. » Patient 10

En fonction de leur taux de glycémie certains patients adaptaient leur alimentation.

« Oui, je fais très attention qu'il me faut des protéines, qu'il me faut un peu de glucides. Quelquefois, mon mari le matin me dit : « Je te fais griller 4 tartines. » Ah ! j'ai dit attends ! Je n'ai pas fait ma dextro ! Vous voyez en fonction, je ne prendrai que 3 si mon diabète est un peu haut le matin. Le soir si je n'ai pas trop faim, j'essaie quand même de prendre un peu de féculent pour la nuit, que je fasse pas d'hypo. » Patient 9

Aussi, quelques patients considéraient avoir bénéficié dans leur prise en charge surtout de **recommandations sur la perte de poids**.

« On a réorienté surtout ce qui est poids. On m'a également réorienté vers la diététicienne. » Patient 2

c) L'activité physique

Parmi 14 patients de l'étude, la majeure partie d'entre eux était engagée dans une routine d'activité physique régulière.

La plupart ont rapporté **une amélioration de leur niveau d'activité physique** associé à un **bien-être**.

Ils attribuaient ces changements à des ajustements dans leur mode de vie.

Ces ajustements étaient principalement perçus liés à la prise en charge médicale.

« Avant, je n'avais pas de motivation, maintenant j'en ai plus. Je marche déjà ! Ce que je ne faisais pas avant. » Patient 8

« Oui c'est ça en gros, il y a des moments il y a ces modifications qui se font... en se disant de temps en temps je ne vais pas aller au sport ce soir donc, je vais aller marcher cette après-midi » Patient 2

Quelques autres patients ont maintenu leur niveau d'activité physique inchangé et ne présentaient **pas de modifications significatives** avant et au cours de la prise en charge.

« Mais au point de vue du sport, j'en fais déjà pas mal. Je ne suis pas obligé d'en faire plus. » Patient 4

Parmi les patients qui avaient augmenté leur activité physique, certains l'ont ultérieurement réduite en raison de douleurs chroniques, de fatigue ou de l'arrêt de la prise en charge médicale après le COVID. Néanmoins la majorité d'entre eux avaient amélioré leur activité physique et l'avait maintenue.

« Ça nous a apporté que... Moi, je n'avais pas trop... envie de sortir pour faire du sport. Ça m'a obligé pendant un an ou deux même... d'aller le mercredi à la marche... Tous les vendredis, je continue à faire mon sport ! » Patient 12

D'autres se trouvaient **plus toniques** au niveau physique.

« Alors au niveau du corps, je suis plus tonique, parce que forcément du fait de ce qui a été mis en place » Patient 2

La principale forme d'activité physique pratiquée était essentiellement la marche, seul ou en groupe. Certains patients ont également participé à des activités telles que le karaté, la danse et des activités de clubs pour maintenir leur condition physique.

« On allait la voir en consultation pour manger mieux. Faire de la marche. » Patient 11

d) Les changements dans la prise en charge

Il a été mentionné par certains patients **avoir été dirigés** vers d'autres spécialités médicales et paramédicales grâce à la prise en charge.

« Bon elle nous a dit qu'il fallait aller voir un podologue » Patient 10

« J'ai revu le pneumologue, justement dans cette continuité avec Asalée » Patient 2

D'autres patients ont réussi à **arrêter de fumer** au cours de leur suivi médical, soulignant que cet arrêt était en partie attribué à leur prise en charge ASALEE.

« Super avec elle, puisque je suis suivi pour le tabac et en plus elle me suit tout... avant elle m'appelait tous les 15 jours, maintenant elle m'appelle une fois par mois pour voir comment je vais. » Patient 5

« On a beaucoup parlé de la cigarette, parce que bon, j'avais beaucoup de mal à arrêter de fumer et on en a énormément parlé. Elle m'a vachement aidé. » Patient 3

La majorité des patients ont noté **une amélioration de leur adhésion** de leur prise en charge.

« Mieux suivre ? Au départ, je ne dis pas que cela n'a pas été dur... mais c'est vrai, bon. Elle m'a dit, si vous faites ça ! ça ! ça ! vous allez perdre du poids ». Patient 14

« Bah c'est quand même pour mieux, pour mieux être sensibilisé, pour mieux réussir le traitement parce que c'est pas la peine d'un côté de prendre des traitements, puis pas savoir trop ce qu'on en fait » Patient 4

« J'ai toujours su un peu... Mais bon, là c'est sûr qu'on a tendance à faire plus attention ! ». Patient 10

Il a été évoqué par plusieurs patients **la découverte d'une pathologie** telles que le SAOS et l'AOMI lors de la prise en charge par un(e) infirmier(e) ASALEE.

« Justement on parlait des, des apnées. C'est bien grâce à.. à Madame A puis à B* que heu .. bon voilà....Je sais pourquoi j'ai des migraines ! je sais pourquoi je me lève la nuit aux toilettes 4 ou 5 fois, n'est ce pas !... parce que j'ai des apnées ! » Patient 1

Plusieurs patients ont décrit **une adaptation des traitements selon l'évolution** de leur pathologie et l'ont associée à leur suivi régulier. Certains d'entre eux ont pu observer une **diminution de leur tension artérielle**, ce qui a entraîné une réduction voire **un arrêt** pour l'un d'entre eux **du traitement antihypertenseur**.

« Mais pour l'instant on a arrêté mon comprimé pour la tension. » Patient 8

« Avant j'étais à 20 mg et là je suis plus qu'à 5. Donc, en 2 ans, j'ai 15 mg qui sont partis. Et là, j'ai encore un test à faire, à lui ramener là après, parce que là je suis descendu à 5 » Patient 14

Un patient a remarqué une augmentation du traitement antihypertenseur qu'il a associé à une adaptation de la pathologie et à une fluctuation habituelle.

« Elle a augmenté un peu, j'avais déjà eu ça. ... et après on était repassé à 10/5 et maintenant c'est repassé à 10/10. » Patient 4

Aucun patient n'a signalé une hypertension déséquilibrée.

Quelques patients atteints de diabète ont remarqué une réduction de leur traitement, alors qu'un d'entre eux a constaté une augmentation de sa médication. Ils ont souligné que ces ajustements découlaient du suivi régulier de leur pathologie.

« Déjà je ne prends plus de médicaments pour le diabète, ça c'est une chose ! parce que au départ j'en prenais et c'était une horreur. » Patient 1

« Là, justement ça va à contresens de ce que je viens de vous dire ! parce que depuis je suis passé aux piqûres d'insuline que je n'avais pas avant. Mais ça n'a rien à voir si vous voulez... c'est un changement qui a eu lieu...et justement c'est pour ça qu'elle me suit et me conseille pour éviter que ce soit toujours plus, plus. ». Patient 9

Une patiente a parlé d'une amélioration de son équilibre diabétique.

« Mais là on voit avec elle sur les menus parce que je fais attention à ce que je mange avec le diabète. Alors la dernière fois elle a dit que c'était bien. » Patient 13

Un seul patient a décrit quelques oublis de traitement.

« Si j'oublie mes cachets, ben voilà quoi, c'est, c'est oublié. » Patient 4

Le reste des patients n'a pas décrit de problème observance du traitement

Certains patients associaient la gestion de l'hypertension principalement au traitement

« Je sais pas, moi je me sens déjà bien ! Avec mes cachets, j'avais plus de tension » Patient 5

« J'en ai pas de modification, je pense pas. Non, non, que je me souviene, non, non j'ai pas de modification, c'est toujours le même traitement que j'ai ! » Patient 6

Plusieurs patients ont signalé une **amélioration de leur bien-être psychologique** lors des consultations. Ils attribuaient cette amélioration au sentiment de ne plus être malade, de bénéficier d'un soutien et de ne plus se sentir seul dans leur prise en charge médicale.

« Comme ça, on est suivi. On n'est pas laissé pour compte quoi ! on est vraiment... on nous écoute ! c'est surtout ça. Patient 5

« Comment dire... pas de tranquillité, mais un peu plus de soutien. Comme on n'a pas trop le moral des fois... ça aide un peu. Ouais, c'est bien comme ça, ça change, d'habitude quand il y a que le médecin. » Patient 6

Par ailleurs, certains patients **n'ont pas constaté de changement** perceptible dans leurs habitudes de vie.

Un patient qui avait un suivi médical en alternance entre l'infirmier(e) et le médecin dû à de fréquents ajustements de traitements antihypertenseurs n'avait pas modifié sa pratique régulière d'activité physique.

« Je n'ai rien changé dans mon mode de vie. J'ai conservé mon train de vie comme avant. Je me promène et je fais des kilomètres à pied tous les jours. » Patient 7

Malgré leur suivi médical, des patients ont **éprouvé des difficultés** à perdre du poids.

*« La prise de poids ! Eventuellement un peu la perte de poids ...Ça ne marche pas ! »
Patient 12*

Certains patients ont attribué **leur échec** à un manque de motivation, aux défis de la restriction alimentaire, pour d'autres à l'arrêt de tabac ainsi qu'aux problèmes de santé qui entravent leur capacité à faire de l'exercice physique.

« Et puis moi pour faire un régime tout ça, j'arrive pas ! de toute façon ! comme je marche pas tout ça, je peux pas maigrir, hein ! » Patient 6

« Je change des choses ! si j'ai changé de choses ? j'adore le beurre, comme les Bretons d'ailleurs. Et bon, ça j'en mange moins, j'essaie d'en manger moins. » Patient 3

e) Apport de connaissance

Plusieurs d'entre eux ont fait part **de l'acquisition de connaissances** sur leur traitement et de sa finalité, ce qui a contribué à **accroître leur sérénité**.

« Je prends tel médicament, c'est pour ça ... je prends tel médicament, c'est pour ça ! Ça me rassure un peu » Patient 3

Pour certains patients l'information sur l'hypertension avait été effectuée par le médecin traitant sans apport particulier par rapport à la prise en charge ASALEE.

« *Quelles informations avez-vous apprises sur votre hypertension grâce à votre prise en charge avec ASALEE ? Non, j'ai appris que j'en avais mais c'est tout !* » Patient 6

« *L'hypertension ? J'en ai toujours eu ! alors je peux pas vous dire ! J'ai toujours l'hypertension... Moi je vois pas de différence* » Patient 8

« *Euh... Non ! je crois que pour moi, non, c'était trop... Disons que j'étais déjà suivi depuis... beaucoup de temps et... Ça m'a pas appris... grand chose, je savais ce que j'avais et pourquoi c'était là* » Patient 12

Les **connaissances** de l'hypertension par les patients paraissaient **imprécises**.

Quelques-uns d'entre eux appréhendaient une certaine gravité de l'hypertension et pouvaient l'associer à des complications.

« *Par rapport aux problèmes sanguins aussi ! l'hypertension, ça peut être dangereux* » Patient 4

« *On dit que l'hypertension c'est pas bon, c'est comme l'apnée du sommeil c'est pas bon, ça peut faire des problèmes cardiaques et autres* » Patient 2

A l'exception d'un patient qui se rassurait dans le fait qu'il était assidu dans la prise de son traitement.

« *Je sais que l'hypertension est dangereuse, elle risque d'être dangereuse. Si on y fait pas attention, j'essaye de respecter, je respecte le traitement !* » Patient 7

Les symptômes étaient **peu compris**. Quelques patients ont souligné **l'impact du stress** sur une hypertension persistante, notamment dans le contexte d'un **syndrome de la blouse blanche**.

« *Il me stress ! Parce que bon, j'ai toujours de la tension quand je vais le voir.* » Patient 13

Le **caractère asymptomatique** de l'hypertension a été aussi évoqué par certains.

« Je ne sais pas si à un moment donné on a une gêne sur l'hypertension ? » Patient 2

« En fin de compte, on se rend pas compte mais on peut faire... c'est pas une rupture de non... c'est pas une rupture d'analyse ou un truc comme ça... » Patient 14

D'autres ont établi un lien de l'hypertension à une prise en charge **globale**

« Ouais, on parle plus du diabète que de l'hypertension. Mais bon c'est pareil, ça va, ça va ensemble. » Patient 14

ou à leur régime alimentaire.

« Au niveau de l'hypertension mis à part qu'il faut savoir qu'il faut éviter les aliments trop salés comme la charcuterie. » Patient 2

Un patient a évoqué le **caractère familial** de l'hypertension, l'associait à **une maladie chronique** et l'apercevait comme **inéductable**.

« Donc, je me suis dit : "Ah bon, peut-être que c'est familial. » Patient 2

« Si j'ai de l'hypertension même si je perds du poids, même si au niveau alimentation tout devient bien, en réalité mon traitement ne s'arrêtera pas. Ça a un côté un peu plus violent. » Patient 2

3.4 Évolutions des aspirations

a) Motivation initiale

Lors de la prise en charge de l'ensemble des patients de notre étude, le **médecin était à l'origine** de leur orientation vers les infirmier(e)s ASALEE.

Les **motivations** au début de la prise en charge à l'ASALEE étaient différentes selon les patients.

Préalablement, la majorité d'entre eux recherchait de l'aide, une motivation, une recherche d'information.

« Il fallait que je trouve quelque chose pour perdre du poids en fait. Et c'est là que j'ai dit je vais perdre, mais je vais pas faire n'importe quoi ! » Patient 8

Plus de la moitié des patients étaient **en quête d'une amélioration** de leur état de santé, de l'alimentation ou de leur poids, le tout associé à un bien-être.

« *Parce qu'on trouvait que ça pouvait nous apporter quelque chose d'intéressant et de bien pour notre santé.* » Patient 11

« *Parce que moi, j'avais grossi. Et puis je cherchais un truc... et elle m'a expliqué pour faire les régimes.* » Patient 5

Trois patients qui avaient entrepris cette prise en charge par **curiosité** n'avaient **aucune notion** précise de ce qu'elle impliquait et un autre l'avait demandé pour **alléger le temps des consultations** du médecin.

« *Parce que... Je voulais voir... par curiosité déjà !* » Patient 3

« *C'est un peu pour soulager le médecin traitant... J'ai décidé d'accepter d'aller voir ASALEE.* » Patient 7

Et pour certains patients à mieux contrôler leur diabète et pour d'autres l'hypertension.

A la question : « Pourquoi avez-vous commencé cette prise en charge ? »

« *C'est le fait qu'elle me conseille mon diabète et mon hypertension.* » Patient 1

« *On y allait pour le diabète, hein ! on n'y allait pas pour l'hypertension !* » Patient 10

b) Le devenir pour les patients

La grande majorité des patients souhaitait que la prise en charge des infirmier(e)s ASALEE continue **sur les mêmes bases**, notamment au niveau des explications, de la prise de rendez-vous et de la disponibilité.

« *Pas plus, je trouve que déjà là. C'est déjà pas mal* » Patient 3

« *Comme maintenant ! là je suis bien, je voudrais pas autre chose ! c'est surtout ça !* » Patient 5

L'ensemble des patients espérait **une stabilité** de leur santé voire **une amélioration**.

« Ce qui est des problèmes, j'espère que je n'en aurai jamais. C'est vrai, parce que j'en ai déjà assez comme ça... » Patient 10

« J'aimerais avoir... miraculeux ! qu'on me dise quoi faire pour retrouver la forme ! Parce que bon, je trouve que je ne suis pas suffisamment dynamique » Patient 9

« Ce que j'aimerais avoir alors là ? Si elle pouvait tout arranger, ça serait bien ! Mais bon malheureusement ... que la santé s'améliore mieux ! Surtout le moral. Ça, c'est pas évident... » Patient 6

Un patient ressentait un besoin d'**informations complémentaires** relatif au domaine des compétences des infirmier(e)s ASALEE. Il était incertain quant aux problèmes de santé pour lesquels il pouvait la solliciter.

« ... Mais c'est vrai que le domaine de compétence de l'infirmière ASALEE, finalement, je connais pas le domaine de compétence » Patient 2

4. DISCUSSION

Notre étude montre que le suivi ASALEE améliore la gestion des patients hypertendus en renforçant la prise en charge des facteurs de risques de l'hypertension et en offrant un soutien aux patients pour améliorer leur état de santé.

4.1 Force de l'étude

Cette étude, menée dans quatre cabinets médicaux distincts, est de nature multicentrique. Les patients étaient pris en charge par quatre infirmier(e)s de santé publique et six médecins différents.

Grâce à cette approche, nous avons pu explorer une diversité de pratiques médicales. L'échantillon de participants présentait une grande diversité, avec une répartition de 60% d'hommes et 40% de femmes, ainsi qu'une variété d'origines socio-économiques, contribuant ainsi à atténuer le biais de sélection des participants.

La méthode qualitative a permis à chaque patient de s'exprimer de manière plus ouverte, en se basant sur son propre vécu, sans être contraint par un cadre médical.

Un double encodage des données a été effectué par l'investigateur et son directeur de thèse.

4.2 Faiblesse de l'étude

Un biais d'influence peut être retenu du fait de l'inexpérience de l'investigateur en recherche qualitative et dans la conduite d'entretiens.

L'investigateur se présentait comme un médecin généraliste qui risquait de biaiser leurs déclarations en faveur d'une désirabilité sociale.

Le recrutement a été effectué par les cabinets médicaux ce qui a pu entraîner un biais de sélection.

4.3 Développement de la coopération interprofessionnelle

Le système de santé anglo-saxon établi dans les années 60 a développé les Infirmier(e)s Praticien(ne)s ("nurse practitioner") (15) dans la prestation des soins primaires aux USA. Ces professionnels jouaient un rôle essentiel en assurant le suivi des patients atteints de maladies

chroniques telles que le diabète. Ils offraient des consultations pour les problèmes de santé courants tout en prodiguant des conseils de santé.

En France, l'introduction des rôles infirmiers d'éducation thérapeutique a été plus tardive avec le développement du modèle ASALEE en 2004 (1). La loi HPST (16) et l'intégration des Infirmiers Praticiens en Exercice Avancé (IPA) officialisés dans la loi française depuis le 26 janvier 2016 (17).

La transformation des soins primaires a été marquée par la mise en place d'équipes intégrant infirmiers et médecins, favorisant ainsi la collaboration au sein d'équipes pluridisciplinaires. Cette approche représente une avancée dans la prestation des soins de santé, notamment dans un contexte de désertification médicale.

Néanmoins, actuellement le recrutement des IPA pose des défis, principalement en raison d'une compréhension insuffisante du rôle, des compétences, des missions de ces professionnels, ainsi que des problèmes liés au financement et à l'absence de reconnaissance salariale (18).

L'IDSP ASALEE apporte plusieurs avantages importants dans le domaine des soins de santé. Son expérience avec les praticiens et sa croissance établie renforcent sa légitimité. De plus, ses missions bien définies et son efficacité, notamment dans le domaine du diabète (2), en font un contributeur essentiel aux soins de santé primaires.

Ainsi, ASALEE se positionne comme une aide précieuse dans la gestion des pathologies cardiovasculaires en France.

4.4 Les attentes des patients

Au début de la prise en charge par l'IDSP, la motivation initiale des patients n'était pas nécessairement axée sur l'hypertension. Leurs préoccupations principales incluaient le poids, le diabète, un suivi en alternance pour soulager le médecin, le besoin de comprendre leur pathologie, la gestion de leur alimentation et de leur activité physique. Ces intérêts ont également été identifiés dans la thèse d'exercice sur l'impact de l'éducation thérapeutique, au sein du réseau ASALEE, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 (19) et dans le changement perçu des patients diabétiques dans le protocole ASALEE (10) ;

même si la prise en charge nutritionnelle et sportive est un désir évoqué par les patients dans le cadre du changement d'habitudes de vie, après la découverte d'une hypertension (9).

L'absence d'un intérêt spécifique formulé pour l'hypertension au niveau des motivations des patients est en contraste avec les études qualitatives axées sur le diabète, pathologie fréquemment évoquée par les patients (10,19,20).

En revanche, dans notre étude, l'hypertension, même lorsque le patient effectue des automesures et ne présente aucune autre pathologie chronique suivie par l'IDSP, l'hypertension reste en retrait laissant place à des facteurs tels que la gestion nutritionnelle et l'activité physique. Cette tendance s'accroît davantage lorsque le patient est également suivi pour le diabète, allant parfois considérer que la gestion de l'infirmier(e) ne se limite qu'à cette pathologie.

Ceci est à mettre en relation avec les études qualitatives antérieures montrant que lorsque le diabète est associé à l'hypertension, les patients semblent reléguer cette dernière à un rôle secondaire (21) et peuvent parfois même par des mécanismes de réinterprétation associer la cause de l'hypertension au diabète (22).

Il est notable que dans certaines situations les personnes perçoivent l'information sur l'hypertension comme émanant principalement du médecin, alors que dans des études antérieures les informations sur le diabète étaient perçues comme provenant du médecin et de l'IDSP (10,20).

On peut penser que les préoccupations non centrées sur l'hypertension ont été prises en considération lors des consultations par les IDSP conformément aux recommandations de l'éducation thérapeutique (23).

Cette approche favorise le développement d'une relation étroite entre le soignant et le patient, ce qui permet d'aborder les problèmes spécifiques du patient, d'identifier ses besoins et de répondre à ses attentes de manière plus efficace (23).

Dans l'ensemble, la totalité des patients ont exprimé une satisfaction générale à l'égard de la qualité de leur prise en charge médicale, un sentiment corroboré par d'autres études (24,25,26). Cependant, il est important de noter qu'un certain nombre d'entre eux ont estimé

que la prise en charge ASALEE répondait pleinement à leurs attentes. Ils nourrissaient l'espoir que leur professionnel de santé présente toujours la même disponibilité et se sentaient rassurés par la gestion de leurs pathologies désirant le maintien de l'équilibre de celle-ci. Certains allaient même jusqu'à considérer comme peu réaliste l'idée de solliciter davantage de services lors des consultations. Ces attentes ont déjà été retrouvées dans d'autres études qualitatives, Impact de l'éducation thérapeutique, au sein du réseau ASALEE, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 (19) et l'étude Ressentis des patients sur leur prise en charge par une infirmière ASALEE, en Eure-et-Loir, dans la région Drouaise (20).

4.5 Une relation de complémentarité

Pour certains patients, le médecin et l'IDSP collaboraient dans la prise en charge globale tandis que pour d'autres, ils étaient complémentaires. Alors que le médecin se chargeait des aspects liés au traitement et des maladies, l'infirmier(e) assurait un rôle de conseil favorisant ainsi une complémentarité non redondante.

Cette dimension a déjà été explorée dans d'autres recherches, comme Évaluation des ressentis des patients diabétiques de type II sur la consultation de synthèse en trinôme (Médecin, infirmière ASALEE, patient) (27) et 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 (24).

Les patients ont valorisé particulièrement, la praticité de l'infirmier(e), sa disponibilité, le temps d'écoute dédié aux explications, à la communication et surtout dans un environnement moins formel, ce qui leur permettait d'exprimer leurs préoccupations. Ceci a été retrouvé dans plusieurs thèses qualitatives explorant l'évaluation du ressenti des patients dans le protocole ASALEE (14,25).

Cette prolongation des échanges favorisait une meilleure compréhension de leur état de santé, la réception d'informations plus détaillées sur les conseils, un soutien psychologique et motivationnel. Ceci a également été trouvé dans ces études (14,25). Ce dernier point était particulièrement important dans le contexte de la perte de poids, une condition souvent

associée à des problèmes de bien-être psychologique, de représentation de soi (28) et un risque de dépression dans l'obésité (29,30).

En revanche, cette facilité de communication était moins présente lors des consultations avec leur médecin traitant, principalement en raison de l'appréhension, des contraintes de temps et du ressenti de sa charge de travail. Ceci a également été décrit de manière similaire dans les études du ressenti des patients du protocole ASALEE (14,25).

Les patients ont reconnu l'importance du rôle de conseil, d'écoute, et de soutien psychologique exercé par l'infirmier(e) ASALEE, ce qui favorisait l'établissement d'une relation de confiance qui se retrouve dans des études qualitatives antérieures (20,25). Cette relation renforcée les mettait plus à l'aise pour discuter de sujets qui ne se limitaient pas à leur condition médicale. De plus, de nombreux patients ont exprimé qu'ils prenaient un rôle actif dans la gestion de leur santé lors de la prise en charge ASALEE. Cette notion d'autonomie et de prise en charge active de leur pathologie a été retrouvée dans des études qualitatives sur le diabète (27,31).

Dans notre étude, de nombreux patients ne se limitaient pas à aborder uniquement l'hypertension, mais se concentraient plutôt sur la gestion des facteurs de risque qui y sont associés, notamment la prise en charge nutritionnelle, sportive, tabagique, angiologique, diabétique, ainsi que le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Dans ce cadre, l'hypertension est intégrée de manière globale dans l'approche de la prise en charge, plutôt que d'être traitée de manière isolée, cette prise en charge globale a été retrouvée dans d'autres études sur ASALEE (25,10).

Cette prise en charge des facteurs de risque associés à l'hypertension se retrouvait dans les différents cabinets. Cela peut être dû au fait que les informations et la formation dont bénéficient les infirmier(e)s au sein du réseau ASALEE sont communes, et qu'elles poursuivent des objectifs similaires, comme cela a été observé dans d'autres recherches sur le diabète. (2,31)

4.6 Connaissance globale, lacune sur l'hypertension

Les connaissances et la représentation de l'hypertension des patients restent une question importante. Notre étude soulève que les connaissances de la gestion des facteurs de risque associés à l'hypertension sont en amélioration mais que la représentation de l'HTA demeure toujours abstraite même dans le protocole ASALEE et se rapporte à ceux retrouvés dans l'étude Représentations de l'Hypertension Artérielle : étude exploratoire en France (9).

Cette limitation découle probablement de plusieurs facteurs, le désintérêt des patients envers une maladie souvent asymptomatique, la banalisation, l'appréhension ou même le déni des complications liées à l'hypertension (9,32). De plus, il est possible que la complexité des mécanismes sous-jacents, une réticence à déranger les médecins perçus comme responsables de la gestion de la maladie et du traitement puissent contribuer à cette limitation de la compréhension.

Après les entretiens, certains patients ont manifesté un intérêt pour l'obtention d'informations complémentaires sur ce sujet. Toutefois cela a pu résulter d'un biais de désirabilité après que la question ait été abordée par l'investigateur.

Cependant, il pourrait être bénéfique de renforcer la compréhension de l'hypertension artérielle liée à une moins bonne observance du traitement médical (7,33). Cette approche semble pertinente étant donné que certains patients peuvent éprouver de l'anxiété en raison des complications potentielles.

L'éducation thérapeutique des patients hypertendus est un domaine en plein essor, des résultats positifs ont déjà été observés, en particulier dans l'étude portant sur l'impact de la sensibilisation des patients hypertendus et diabétiques (34). Lors de cette recherche, il a été démontré que les patients qui participent à un programme d'éducation thérapeutique ont une amélioration significative des connaissances contrairement à ceux qui n'y participent pas. Une autre étude est en cours pour évaluer l'efficacité de l'éducation thérapeutique en groupe chez les patients atteints d'hypertension artérielle (35).

Il serait bénéfique de tirer des enseignements de diverses approches d'éducation thérapeutique déjà existantes. Par exemple, un réseau sur l'hypertension artérielle en

Guadeloupe (36). Ils organisent des sessions axées sur l'automesure intégrant des fiches d'information, des sessions éducatives et des évaluations des connaissances. Collaborer avec de tels groupes favoriserait une coopération efficace entre les secteurs locaux.

Toutefois, il serait essentiel d'analyser la mise en place de ces structures étant donné que son succès dépendrait de sa présence effective dans la localité concernée.

Intensifier la formation des IDSP en leur fournissant des connaissances approfondies sur l'hypertension représente une autre option. Cette approche viserait à renforcer leurs compétences spécifiques dans la gestion de l'hypertension, les préparant ainsi à offrir un soutien plus efficace aux patients suivant le protocole ASALEE.

En poursuivant les programmes de formation continue, ils favoriseraient le maintien d'un niveau élevé de compétences au sein de l'équipe soignante.

Une autre approche serait d'orienter initialement le patient vers un(e) Infirmier(e) spécialisé(e) sur l'hypertension référente du secteur avec des transmissions secondaires ultérieures aux infirmiers(e)s du cabinet médical du patient.

4.7 Facteur limitant

Il y a des défis à surmonter lorsqu'il s'agit de changer les habitudes de vie, notamment en tenant compte de facteurs tels que la motivation psychologique, les contraintes physiques liées aux problèmes articulaires et potentiellement l'âge des participants. Ces éléments restreignent la capacité de changement de comportement selon les participants, une observation qui est également soutenue par plusieurs recherches qualificatives (37,38,39).

Les patients témoignent d'une amélioration notable dans le soutien psychologique et motivationnel, une constatation cohérente avec les conclusions des études qualitatives précédentes (40,41) et alignées sur les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient. Il semble plausible que les modifications comportementales liées au modèle de coping de Richard Lazarus et Susan Folkman (42) soient influencées par le soutien émotionnel perçu lors des consultations selon l'approche transactionnelle (46), une relation qui trouve également écho dans les résultats de ces études qualitatives (40,41).

4.8 Adhésion à la prise en charge

L'amélioration du régime alimentaire et la gestion de l'activité physique ont été identifiées comme des modifications dans notre étude, soutenues par des études qualitatives antérieures (10,43,44).

Les résultats de notre recherche soulignent des effets positifs et visibles sur différents aspects de la santé, tels que la gestion du poids, le sevrage tabagique, la prise en charge des morbidités et la gestion de l'hypertension grâce à l'automesure, comme montré dans des études antérieures (10,25).

Par ailleurs, des améliorations de l'état de bien-être ont été signalées dans d'autre recherche, notamment dans Impact de l'éducation thérapeutique, au sein du réseau ASALEE, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 et sur le vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE (19,43).

Par notre étude, il est pertinent d'examiner l'hypertension artérielle en conjonction avec d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, cette condition y étant souvent associée.

Les patients ont ressenti une amélioration de leur état de santé, malgré leur manque de connaissances sur l'hypertension. Cette amélioration peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment à un suivi médical multidisciplinaire qui comprend des conseils diététiques, l'adoption d'un régime équilibré, une bonne observance, la pratique d'une activité physique adaptée, le dépistage de pathologie tel que le SAOS ou artérite des membres inférieurs qui ont été abordés chez certains patients. Cette approche globale contribue ainsi à réduire le risque cardiovasculaire qui inclut également la gestion du diabète et le sevrage tabagique comme l'a souligné un patient : « *On parle plus du diabète que de l'hypertension. Mais bon, c'est pareil. De toute façon, j'ai perdu du poids* ».

De nombreux patients ont acquis des connaissances sur ces recommandations en matière de nutrition et d'exercice physique, et les ont mises en pratique. L'amélioration de l'observance a aussi été retrouvée dans l'étude observance des mesures hygiéno-diététiques suite à une intervention initiale par une Infirmière ASALEE, en Saône-et-Loire, chez les patients diabétiques de type 2 (44). De surcroît, certains effectuaient une automesure de leur pression artérielle et de leur taux de glucose sanguin. Les résultats de notre étude indiquent une

amélioration notable de l'adhésion à la prise en charge ressentie par les patients, en cohérence avec une étude de l'HAS (Haute Autorité de Santé) (45) qui suggère que des interventions éducatives multiples dispensées par une équipe pluriprofessionnelle favorisent une meilleure adhésion au traitement de l'hypertension voire une amélioration tensionnelle, particulièrement lorsque ces interventions incluent l'automesure de la pression artérielle.

Cependant, notre étude montre une meilleure adhésion à la prise en charge, mais ne rapporte pas spontanément de changements des chiffres tensionnels par les patients. Les modifications de traitement rapportées par les patients ont été associées à un suivi régulier plutôt qu'à la prise en charge ASALEE. Cela pourrait suggérer que les chiffres tensionnels non pas été modifiés. Une thèse, disponible depuis mars 2023, explore l'effet de l'éducation thérapeutique dispensée par une infirmière ASALEE sur la tension artérielle chez des patients hypertendus. Elle indique que lors du protocole ASALEE sur une période de suivi d'un an, les patients ayant une hypertension récente présentent une amélioration tensionnelle mais ceux présentant une hypertension ancienne ne montrent pas d'amélioration de leur tension par rapport à leur prise en charge avec leur médecin traitant (46).

4.9 Opportunités d'avenir pour la recherche

Il pourrait être pertinent de mener une recherche complémentaire dans le but d'explorer l'impact éventuel sur la morbidité et la mortalité, ainsi que sur l'évolution d'indicateurs tensionnels sur le long terme.

Il serait également intéressant d'évaluer de manière qualitative les changements perçus chez les patients hypertendus suivis exclusivement par automesure.

5. CONCLUSION

Notre étude a montré que les patients pris en charge par le dispositif ASALEE pour leur hypertension artérielle avaient acquis des connaissances leur permettant d'améliorer leur état de santé, englobant des changements dans leur régime alimentaire, leur niveau d'activité physique, leur traitement, leur suivi médical, ainsi que la gestion d'autres problèmes de santé. Ces transformations ont eu des résultats positifs, tels que des pertes de poids, une meilleure adhérence à leur prise en charge, une cessation du tabagisme, le dépistage de maladies, la surveillance de l'hypertension et du diabète.

L'éducation thérapeutique réalisée dans le cadre du protocole ASALEE améliore la gestion des facteurs de risque cardiovasculaire liée à l'hypertension. Ces résultats rejoignent ceux observés dans des études antérieures portant sur le diabète et le tabac, tout en notant que les connaissances des patients sur l'hypertension artérielle semblent souvent abstraites.

Cette approche multidisciplinaire semble être une solution prometteuse pour améliorer la gestion de l'hypertension artérielle, du risque cardiovasculaire et favoriser une meilleure adhésion des patients aux recommandations thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Haute Autorité de Santé. [En ligne]. 2010 ASALEE Action de Santé Libérale En Equipe, [cité le 9 janvier 2023]

Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/po208.pdf>

(2) Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé n° 232 - Avril 2018

Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

(3) ASALEE. Asalée, vous connaissez ? [En ligne].2023 [cité le 20 janvier 2023]

Disponible sur : <http://www.asalee.org/>

(4) Grille protocole de coopération conforme à l'annexe 1 modèle de protocole mentionné à l'article 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009 Code de la santé publique - Article L. 4011-1 à L. 4011-3 [En ligne]. Code de la santé publique

Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sdv__protocole_asalee.pdf

(5) Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. BEH. 2018 ; 10:171

Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle/documents/article/l-hypertension-arterielle-en-france-prevalence-traitement-et-contrrole-en-2015-et-evolutions-depuis-2006>

(6) Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte Haute Autorité de santé. [En ligne]. 2016 [cité le 10 septembre 2023]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_rapport_elaboration_hta_mel.pdf

(7) Atallah A, Papouin G, Mimran C, Braunstein C, Ganty J, Larifla L, Djaballah K, Inamo J. Niveau de connaissance de leur pathologie des patients hypertendus suivis en médecine générale et sa relation avec l'obtention des objectifs thérapeutiques. Étude Co-HACT, DOM-TOM. 2010. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2011 ; 60 :21–26

(8) Sadaune L. Évaluation du niveau de connaissances de l'hypertension artérielle chez des patients de plus de 70 ans en médecine générale. [Thèses de médecine générale]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2018

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01905922/document>

(9) Tantchou J, Dauchy E, Bely H, Daret S, Julliard S, Morier MF, et al. Représentations de l'hypertension artérielle : étude exploratoire en France. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 oct 2019;68(4):249-54

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003392819300496>

(10) Doazan Daussin P. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALÉE : étude qualitative par entretiens individuels. [Thèses de médecine générale]. Université de Clermont Auvergne UFR de médecine et des professions paramédicales ; 2018

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02087548v1>

(11) Avallone M. Vécu et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le protocole ASALEE dans les départements des Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse. [Thèses de médecine générale]. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2022

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03674353/document>

(12) Adolle C. Évaluation du ressenti des patients suivis dans le cadre de leur sevrage tabagique par un(e) infirmier(e) délégué(e) à la santé publique ASALEE : Étude qualitative en Poitou-Charentes. [Thèses de médecine générale]. Faculté de Médecine et Pharmacie Université de Poitiers ; 2019

Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/71426ccc-ce5b-4a19-8afe-76e3e75d9324>

(13) Marion Sorel. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique ?. [Thèses de médecine générale]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2019

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140634/document>

(14) Pauline T. Sevrage tabagique en médecine de premier recours : point de vue des patients consultant les infirmières ASALEE. [Thèses de médecine générale]. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales. 2019

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02447198v1/document> 15

(15) The American Association of Nurse Practitioners [En ligne]. Historical Timelin. [cité 28 novembre 2023]

Disponible sur : <https://www.aanp.org/about/about-the-american-association-of-nurse-practitioners-aanp/historical-timeline>

(16) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. TITRE II : ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ - Articles 36 à 80

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

(17) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 119

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

(18) Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature, Santé Publique, 2017;29(2):241-254

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-2-page-241.html>

(19) Dubreuil R. Impact de l'éducation thérapeutique, au sein du réseau ASALEE, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2. [Thèses de médecine générale]. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2018

Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/0d82af41-f79f-4f9b-9f3d-6c4dbc2120f7>

(20) Domecq M. Protocole de coopération interprofessionnelle ambulatoire ASALEE et diabète de type 2 : Ressentis des patients sur leur prise en charge par une infirmière ASALEE, en Eure-et-Loir, dans la région Drouaise. [Thèses de médecine générale]. Faculté de médecine de Tours ; 2018

Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_DomecqMarine.pdf

(21) Rolland C. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle. [Thèses de sociologie]. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II ; 2011

Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-00649606/document>

(22) Sarradon-Eck A, Faure M, Blanc M.A.. Évaluation des déterminants culturels et sociaux dans les niveaux de l'observance des traitements Hypotenseurs : étude socio-anthropologique. [rapport de recherche] Université Aix-Marseille III ; 2004

Disponible sur : <https://hal.science/hal-02151421/document>

(23) Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. [En ligne]. 2007 [cité le 09 septembre 2023]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

(24) 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. [Thèses de médecine générale]. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales ; 2016

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01262768>

(25) 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. [Thèses de médecine générale]. Université de Bordeaux UFR des sciences médicales ; 2020

Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03008374v1/file/Med_generale_2020_Etchegoyen_Pagadoy_Schuck.pdf

(26) Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vue des patients. [Thèses de médecine générale]. Université de Toulouse III, Faculté de médecine de Toulouse ; 2017

Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1863/1/2017TOU31065-1066.pdf>

(27) Landrein L, Évaluation des ressentis des patients diabétiques de type II sur la consultation de synthèse en trinôme (Médecin, infirmière ASALEE, patient). [Thèses de médecine générale]. Faculté de Médecine et Pharmacie Université de Poitiers ; 2022

Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2a641fec-175a-47e3-b292-83b18d771da6>

(28) Bertin-Maghit E. L'image du corps chez une population atteinte d'obésité et sa prise en charge psychomotrice.[Mémoire de Psychomotricité] Université de Bordeaux, Collège sciences de la santé, Institut universitaire des sciences de la Réadaptation ; 2022

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03713856/document>

(29) Locatelli L, Boulanouar L, Pataky Z, Golay A. Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement. Revue Médicale Suisse. 2017;13(555):642-6

Disponible sur : https://www.revmed.ch/view/442676/3781886/RMS_555_642.pdf

(30) Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry. mars 2010;67(3):220-9

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20194822/>

(31) Puthod E, Rougeron G. Vécu de la maladie et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE : une étude qualitative. [Thèses de médecine générale]. Université Grenoble Alpes UFR de médecine de Grenoble ; 2019

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02000623/document>

(32) Golay A, Lager G, Lasserre Moutet A, Chambouleyron M, Giordan A, Éducation thérapeutique des patients diabétiques, Diabétologie, ELvier MASSON 2010, Pages 376-394

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/3-s2.0-B9782294708688500220/first-page-pdf>

(33) Da Silva Barreto M, Almeida A, Reiners O, and Silva Marcon S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014 May-Jun; 22(3): 491–498

Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292628/>

(34) Gniwa Omezzine R, Koubaa A, Sriha H, Ben Ayed S, Amamou K, Sriha Belguith A. Impact de l'éducation thérapeutique sur les connaissances des patients diabétiques et hypertendus. *Annales d'Endocrinologie*. 1 oct 2021;82(5):338

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003426621003917>

(35) OSCAR Santé. Éducation thérapeutique des patients présentant une hypertension artérielle (HTA) et/ou une dyslipidémie associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire [En ligne]. 2015. [Cité le 17 septembre 2023]

Disponible sur : <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/58556>

(36) Réseau HTA Guadeloupe [En ligne]. Réseaux sur l'hypertension artérielle en Guadeloupe. [cité le 28 novembre 2023]

Disponible sur : <http://www.htagwad.com/>

(37) Trancart-Petri A. Obstacles et facilitateurs de la pratique d'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses : étude qualitative auprès de patients et de leur médecin généraliste. [Thèses de médecine générale]. Faculté de médecine de Nice ; 2018

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925779/document>

(38) Salvaing L , Marchandon M, Rey E. Trajectoires individuelles d'activités physiques et sportives. *France Stratégie*. Juillet 2018

Disponible sur : <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-etude-kantar-trajectoires-individuelles-activites-physique-sportives.pdf>

(39) Chambard M. Identification des freins et des leviers à la pratique d'une activité physique adaptée chez les patients obèses et en surpoids. [Thèses de médecine générale]. Université Clermont Auvergne ; 2019

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03981970/document>

(40) Cantier P, Prevost J. Ressenti des patients diabétiques de type 2 sur la pratique d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE : étude qualitative, réalisée dans deux maisons de santé du Lot et Garonne. [Thèses de médecine générale]. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales ; 2021

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456774/document>

(41) Gaoua L. Perception par le patient diabétique de la coopération avec l'infirmière ASALEE étude qualitative compréhensive à la MSP aux Mureaux. [Thèses de médecine générale]. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR Simone VEIL ; 2020

Disponible sur :

https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1474/fichier_these_gaoua_loubna1c908.pdf

(42) Lazarus RS, Folkman S. Stress, coping and appraisal. New York : Springer; 1984

(43) Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE. [Thèses de médecine générale]. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2017

Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6064fc7e-aab2-4f27-8313-58ba4a966269>

(44) Bakier N. Observance des mesures hygiéno-diététiques suite à une intervention initiale par une Infirmière ASALEE, en Saône-et-Loire, chez les patients diabétiques de type 2. [Thèses de médecine générale]. Université de Bourgogne, UFR des Sciences de Santé de Dijon ; 2020

Disponible sur : <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/b9450b51-cd0a-424c-99d6-84db28568861>

(45) Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Synthèse de la littérature et orientations. 2016 ; [En ligne]. 2016 [cité le 11 septembre 2023]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_synthese_litterature_etp_vf.pdf

(46) Kervella J. Effet de l'éducation thérapeutique dispensée par une infirmière ASALEE sur la tension artérielle chez des patients hypertendus. [Thèses de médecine générale]. Université de Caen - Normandie, UFR de santé ; 2022

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04041014v1/document>

ANNEXES

ANNEXE 1

Bonjour Madame,

Je me permets de vous informer qu'actuellement je réalise une thèse sur la « Recherche des changements perçus des patients hypertendus suivis dans le protocole ASALEE ».

Dans le cadre de cette étude, je suis à la recherche d'équipes qui participent aux consultations d'éducation thérapeutique incluant des patients hypertendus.

Si vous êtes intéressée par cette collaboration et que vous pensez détenir des patients qui correspondent aux critères dans vos consultations, n'hésitez pas à me contacter.

L'intégration n'a pas de critère d'exclusion. Les patients sélectionnés doivent être volontaires et doivent au moins avoir effectué trois consultations à six mois d'intervalle dans le département du Nord de Sèvres.

Je tiens à préciser que les entretiens seront individuels et semi-dirigés, ce qui permettra ainsi aux patients d'exprimer leur ressenti et vécu tout en se concentrant sur l'objectif de l'étude.

Ils seront informés du caractère anonyme de la collecte des informations, de la modalité de l'étude, de la possibilité de mettre fin à leur participation à tout moment et que l'enregistrement vocal du recueil sera utilisé avec leur consentement.

Le recrutement peut s'effectuer en consultation. Ensuite, je contacterai les patients pour confirmer leur adhésion et programmerai un rendez-vous au domicile ou dans un lieu de leur choix.

Par ailleurs, je souhaite sélectionner des patients ayant des profils variés, incluant l'âge, le sexe, le milieu socio-économique, la prise ou non d'un traitement, l'ancienneté du suivi de l'ASALEE.

Je vous remercie par avance de votre réponse.

Bien cordialement.

Allan RICHARD

Médecin généraliste non thésé.



Clermont Ferrand, le 13 juin 2023

Monsieur le Pr. P. ARCHAMBAULT
Monsieur A. RICHARD
MSP - MAGELLAN
79250 NUEIL LES AUBIERS

Nos Réf. : 2023 / CE 17

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Recherche des changements perçus auprès des patients hypertendus suivis dans le protocole ASALEE sur une période minimale de 6 mois »

Cette étude observationnelle et qualitative, basée sur le ressenti de patients suivis par une IDE ASALEE, ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les Recherches Impliquant La Personne Humaine (RIPH), au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président,
Dr. Daniel TERRAL



ANNEXE 3

FICHE D'INFORMATIONS ET DE NON OPPOSITION

Personne qui réalise la recherche : RICHARD Allan interne de médecine générale

Sous la supervision du Directeur de Thèse : Professeur ARCHAMBAULT Pierrick

Titre de la recherche : Recherche des changements perçus auprès des patients hypertendus suivis dans le cadre du protocole ASALEE sur une période minimale de 6 mois.

Madame, Monsieur,

Actuellement je réalise ma thèse qui auprès des patients suivis par une IDSP recherche les changements constatés dans la prise en charge de leur hypertension artérielle.

Je souhaiterais vous inviter à participer à un entretien individuel pour cette étude.

Dans un premier temps, votre infirmier(e) ASALEE vous a sollicité(e) pour votre participation et vous a donné(e) une première information.

Avant de commencer, je vais vous informer que l'entretien sera enregistré pour des fins de transcription.

Les enregistrements et les données seront anonymes, utilisés uniquement pour ma thèse et seront détruits en fin d'étude.

Vous pouvez quitter à tout moment cette étude sans justification et cela n'aura aucune conséquence vis-à-vis de votre prise en charge médicale.

Cette thèse est réalisée car en France, l'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus répandue et les dernières études en santé publique montrent une stagnation, voire une détérioration de la prise en charge des femmes.

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'analyser si le protocole ASALEE peut contribuer à l'amélioration du ressenti des patients atteints de cette pathologie et dans quelle mesure.

Ces entretiens seront effectués dans le lieu de votre choix. Les questions seront ouvertes ce qui permettra de vous exprimer librement sur votre maladie, votre ressenti et votre évolution depuis que vous participez aux consultations avec l'IDSP ASALEE. Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à me les poser avant le début de l'entretien. Vous pouvez me contacter à l'adresse email n...

ANNEXE 4

Questionnaire

Informations sur le patient
<p>1. Quel est votre âge ?</p> <p>2. Quel est votre métier actuel ou antérieur ?</p> <p>3. Quand avez-vous commencé votre prise en charge avec un(e) infirmier(e) ASALEE ?</p> <p>4. Avez-vous un traitement en cours pour votre hypertension ?</p>
Ressentis sur la prise en charge ASALEE
<p>5. Pouvez-vous décrire votre dernière consultation avec l'infirmier(e) ASALEE ? Avez-vous vu votre médecin traitant en même temps ?</p> <p>6. Comment évaluez-vous vos consultations avec l'infirmier(e) ASALEE ? Qu'est-ce qu'elle vous apporte ou qu'auriez-vous aimé obtenir ?</p> <p>7. Quelles sont les différences entre les consultations avec votre médecin traitant et celles avec l'infirmier(e) ASALEE ?</p> <p>8. Qui vous en a parlé d'ASALEE ? Pourquoi avez-vous commencé cette prise en charge ?</p>
Ressentis sur l'évolution
<p>9. Quels sont les changements pour votre santé depuis que vous avez commencé à être accompagné(e) par ASALEE ?</p> <p>10. Quelles sont les modifications apportées à votre prise en charge depuis les consultations avec l'infirmier(e) ASALEE ? Cela vous aide-t-il à mieux la suivre ?</p> <p>11. Quelles modifications avez-vous apportées à vos habitudes de vie depuis votre prise en charge avec l'infirmier(e) ASALEE ?</p> <p>12. Quelles informations avez-vous apprises sur votre hypertension grâce à votre prise en charge avec ASALEE ?</p> <p>13. Qu'est-ce que vous souhaiteriez vous avoir dans votre suivi ASALEE ?</p>

ANNEXE 5

Je m'appelle Allan RICHARD. Je vous remercie d'avoir donné votre consentement et d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

L'objectif de ce travail est de recueillir les changements constatés dans votre prise en charge notamment de l'hypertension artérielle.

Vous avez la liberté de répondre à mes questions.

Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ce qui m'intéresse avant tout, c'est votre expérience et vos sentiments par rapport à ASALEE.

L'entretien dure environ 20 minutes, mais la durée peut varier si vous avez plus ou moins des questions ou des informations à dire.

Soyez à l'aise et exprimez-vous autant que vous le souhaitez.

Sachez que les entretiens seront enregistrés, mais seul moi y aurai accès.

Ensuite, je les rendrai anonymes en les transcrivant, puis je supprimerai les enregistrements.

Si à tout moment vous décidez de ne plus participer à l'étude, n'hésitez pas à me le dire, vous n'avez pas besoin de vous justifier.

Avez-vous des questions ? ...

Avant de débiter, ce qui m'intéresserait aussi c'est de savoir ce qui vous a motivé à accepter de participer à cette entrevue ?

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : L'hypertension est la maladie chronique la plus fréquente en France. Malgré sa prévalence, la prise en charge de cette pathologie semble avoir stagné depuis 2006. Cette étude a pour but d'évaluer les changements perçus par les patients hypertendus pris en charge dans le cadre du protocole ASALEE.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE : Evaluer les changements perçus des patients hypertendus suivis dans le protocole ASALEE depuis plus de 6 mois.

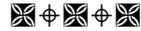
MÉTHODE : Une méthodologie qualitative multicentrique a été utilisée, avec des entretiens individuels semi-directifs menés auprès de 14 patients hypertendus. L'échantillon était diversifié en termes de sexe, d'âge et de milieux socioculturels. Les entretiens ont été transcrits, un codage ouvert puis axial a été effectué en triangulation.

RÉSULTATS : Le suivi ASALEE des patients hypertendus entraîne chez ceux-ci des modifications de leur prise en charge. Ces changements touchent divers aspects de leur vie, notamment leur alimentation, leur activité physique, ainsi que la gestion des comorbidités liées à l'hypertension. Les patients ont rapporté une amélioration de leur état de santé perçu, ainsi qu'une meilleure adhésion à leur plan de traitement. Toutefois, il subsiste des lacunes dans la compréhension de l'hypertension, ce qui suggère qu'il pourrait être bénéfique de renforcer les connaissances des patients au travers du protocole ASALEE.

CONCLUSION : Cette étude montre que les consultations ASALEE offrent une approche globale de la prise en charge des personnes hypertendues, avec pour résultat une meilleure adhésion au traitement et une gestion plus efficace du risque cardiovasculaire. Il pourrait être envisagé un renforcement des initiatives éducatives liées à l'hypertension au sein du protocole ASALEE.

Mots-clés : ASALEE, recherche qualitative, entretiens individuels, éducation thérapeutique, changements perçus, hypertension, adhésion à la prise en charge, médecine générale.

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 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 !

