



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 Novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 décembre 2022

Par Madame Léa TOURGIS

**État des lieux de la pratique conjointe des infirmières ASALEE : le ressenti
des IDSP appartenant au protocole ASALEE.**

Président : Madame le Docteur Marie-Christine Perault-Pochat,
Pharmacologie clinique, PU-PH

Membres : Monsieur le Docteur Paul Gesta, Radiothérapie, PH
Monsieur le Docteur Vincent Hélis, Médecine Générale
Monsieur le Docteur Hubert du Mas de Paysac,
Médecine générale

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,
Médecine générale, PA

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAUFARI 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**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (**retraite au 01/11/2021**)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (**retraite au 01/12/2021**)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAugUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeures émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- 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)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Le travail qui suit est le fruit de la volonté, d'un soutien familial et amical, de rencontres et d'enseignements que j'ai reçu pendant une dizaine d'années.

En somme, un travail d'équipe rondement mené.

Au Professeur Perault-Pochat, merci de l'honneur que vous me faites. Je vous prie de croire en mes sincères remerciements.

Au Docteur Pierrick Archambault, merci d'avoir été mon directeur de thèse, mon prof en SASPAS et d'avoir guidé mes débuts en tant que jeune généraliste. Pour la sagesse distillée lors des débrief du soir, et la tolérance.... Deux heures d'échange n'étaient pas encore suffisantes tant j'avais (et j'ai encore) à apprendre de ta part.

A Gaëlle, pour m'avoir aidé dans ce travail de thèse. Mais aussi pour les discussions le midi à la MSP de Magellan accompagné de petits gâteaux ou entre deux portes pour parler des patients. Je te remercie pour ces moments.

Au Docteur Vincent Hélis, merci d'avoir accepté d'être dans ce jury et d'avoir été mon tuteur pendant ces années d'internat. Je reste toujours très attentive à vos bons conseils, notamment sur les relations humaines.

A mes parents, pour avoir compris à quel point c'était important pour moi de devenir médecin. Merci de m'avoir laissé partir en Roumanie pendant six longues années. Sans vous et votre investissement, je n'en serais pas là.

A Hubert, je ne sais même pas quoi écrire tant il y a à dire, alors autant faire simple. Cette thèse, c'est aussi la tienne. Merci pour tout, et surtout d'être fidèle au poste depuis plus de dix ans. J'espère t'avoir toujours à mes côtés.

“ Pas d'abandon, pas de reddition !”

A Chan-Kanika, poulette bientôt maman. Pour ces six ans passés à Cluj et les années d'internat... Et surtout les week-end entre filles ! Dès que la petite montre le bout de son nez, on l'embarque avec nous !

A Camille aka Poussin (**et aussi Guilhem**), mes plus vieux amis.

Merci d'être là, tout le temps quoi. Je dois vous remercier pour tant de choses... De me pardonner d'être aux abonnés absents parfois. Pour les Skype en Roumanie, le pull poussin, les apéros et les soirées jeux toulousaines. On recommence un 2 octobre quand vous voulez. Et je pleurerai de joie tout pareil.

Je vous aime les chats.

A ma grand-mère « **Martou** », disparue trop tôt. Je sais à quel point tu étais fière de moi lorsque j'ai commencé médecine, à quel point tu attendais que je finisse et que je sois le premier docteur de la famille. Je me souviens du petit papier où j'avais marqué le parcours des études de médecine gardé précieusement dans ton portefeuille. Aujourd'hui je termine enfin et j'espère ne pas t'avoir déçue.

Tu me manques tellement.

A Pépé, le seul et l'unique. Pour tous ces moments de communication silencieuse. Pour tout ce que tu m'as transmis sur la Deuxième Guerre, sur Ma-Do, puis sur l'Algérie. A travers tes récits, je réalise ma chance quotidienne.

Aux médecins et professeurs qui m'ont appris, tout d'abord en Roumanie pendant l'externat puis en France pendant l'internat :

Au Docteur Adrianna Albu, pour avoir dirigé ma première thèse et appris la sémiologie en deuxième année. Pas un jour ne passe sans que je pense à une chose que vous m'avez apprise.

Au Docteur Dan Boitor, pour les leçons d'anatomie d'une rigueur exemplaire.

Au Docteur Francis Gaches, pour avoir été l'un des rares médecins à m'accueillir dans son service en France sans à priori quant à la Roumanie. Pour m'avoir appris à réfléchir, à m'organiser, et montré tant de choses (dont ma première ponction d'ascite !). Ainsi que pour m'avoir inspiré mon premier travail de thèse ; roumain celui-là ; sur la dermatomyosite. Merci encore pour tout ce que vous m'avez appris.

Au service d'infectieux du CHU de Poitiers :

Aux **Docteurs France Roblot, Blandine Rammaert, Mélanie Catroux**, pour ce stage avec le début du Covid. C'est dur, mais tellement enrichissant. C'était LE stage qu'il me fallait après mon semestre aux urgences, pour... la rigueur, la réflexion et me re-motiver.

A Anna et Thomas, les deux CCA en poste à ce moment-là. Merci d'avoir assuré mes arrières et fait progresser à vitesse grand V, à coup de Pilly et de recherches biblio.

Aux infirmières du service, pour m'avoir appris les bases de l'infectiologie, de la gestion "pratique" des antibiotiques. Pour m'avoir formé patiemment pendant plusieurs mois, merci.

A Clochette, pour la prise en charge de Madame SC, sur le week-end du 31 décembre qui m'a marqué pour la vie. Merci d'avoir été là.

A mes co-internes du semestre :

Thomas, j'ai tellement envié ta rigueur de néphrologue. C'est pour ça que je venais te demander conseil ! **Coline**, pour ton énergie, et ton franc-parler ; qu'est-ce que ça été drôle de travailler avec toi ! **Rodolphe**, force tranquille jamais stressé...

Marie, purée on avait qu'un an d'écart, mais qu'est-ce que tu m'as impressionné.

A Minh, je m'inspire de toi (j'ai même fini par copier tes heures de travail, c'est dire !). Je suis tellement... Eblouie par ta façon de faire et ton savoir.

A mes co-internes que j'ai croisé pendant ces trois ans, dans le désordre, qui ont rendu la vie plus facile... et carrément plus drôle : Dana, Inès, Dan, Maï, Aline.

Au service de gynéco du CH de Niort, en particulier au Dr Pusniak et Dr Merouze. Ce a été un plaisir de travailler avec vous, dans une ambiance sereine, même quand c'était la cata. Rigueur, professionnalisme et écoute du patient ont été au rendez-vous.

A Marion, sans toi, le stage aurait été moins fun. Heureusement, que je peux encore venir t'embêter pour demander des rendez-vous gynéco pour mes patients régulièrement !

A Cathy, tu es bien plus qu'une infirmière. Sans toi, le service ne tournerai pas. Merci d'avoir été là pour toutes situations épineuses quand j'étais interne. Et je suis ravie de pouvoir encore travailler avec toi depuis le sixième étage de l'oncologie.

Au service de médecine interne, diabéto, hémato du CH de Niort : pour mon dernier stage où vous m'avez tous énormément appris et laissé en autonomie en vue de la fin de l'internat.

Au service d'oncologie du CH de Niort, pour m'avoir accepté parmi vous. La place laissée par Beata sera dure à combler. Grâce à vous, j'apprends tous les jours et je grandis en tant que docteur.

A Anne, notre super secrétaire. Je suis tellement contente de travailler avec toi. J'espère qu'on continuera longtemps à se laisser des post-it ! Je te bibise fort.

A Monsieur Pascal Martin, DPO de l'Université de Poitiers, pour ses précieux conseils et sa disponibilité lors de la rédaction du protocole de cette thèse, un grand merci.

**Et enfin, à
Madame S.C.,
Madame S.E.,
Océanne,
Ces patientes que je n'oublierai jamais.**

Table des matières

Remerciements.....	5
Table des matières	9
Abréviations	13
1. Introduction	14
2. Protocole de coopération ASALEE	16
2.1. Historique du projet ASALEE	16
2.2. Cadres et missions d'ASALEE	18
2.3. Acteurs du dispositif	18
2.3.1. Le médecin ASALEE	18
2.3.2. L'infirmière ASALEE	19
2.4. Relation IDSP-généraliste.....	19
3. Matériel et méthodes.....	20
3.1. Choix de la méthode	20
3.2. Objectifs	20
3.3. Recrutement et échantillon	20
3.4. Figure 3 : Illustration du recrutement des IDSP éthique	21
3.5. Le guide d'entretien	22
3.6. Entretiens	22
3.7. Analyse des données.....	23
4. Résultats	24
4.1. Résultats quantitatifs.....	24
4.1.1. Durée des entretiens	24
4.1.2. Caractéristiques socio-professionnelles des IDSP interrogées	24
4.1.3. Caractéristiques du mode d'exercice des IDSP	26
4.1.4. Caractéristiques des consultations des IDSP	27
4.2. Etudes des entretiens semi-directifs	29
4.2.1. Motivations à exercer en tant qu'IDSP dans ASALEE.....	29
4.2.2. Analyse du ressenti de l'activité des IDSP	30
4.2.2.1. Ressenti des IDSP sur la relation IDSP- médecin	30
4.2.2.2. Ressenti des IDSP sur la prise en charge du patient.....	31
4.2.3. Identification des facteurs négatifs influençant la prise en charge conjointe.....	32

4.2.3.1.	Les IDSP influent sur leur propre activité	32
4.2.3.2.	Les patients modulent l'activité des IDSP	33
4.2.3.3.	L'activité des IDSP est fonction des pratiques personnelles des médecins	34
4.2.3.4.	Les IDSP doivent trouver leur place	35
4.2.4.	Recherche d'harmonisation des pratiques des IDSP entre les différents lieux d'exercices	36
4.2.4.1.	Les IDSP déclarent une pratique commune.....	36
4.2.4.2.	... Mais adaptable aux besoins	37
4.2.4.3.	Le cadre adaptable d'ASALEE permet une diversité des pratiques 38	
4.2.5.	La pratique conjointe IDSP-généraliste	38
4.2.5.1.	Les IDSP définissent la pratique conjointe.....	38
4.2.5.2.	Pourquoi une pratique conjointe ?.....	39
4.2.5.3.	Les IDSP identifient des moteurs à la pratique conjointe.....	40
4.2.6.	Conditions d'exercice des IDSP	43
4.2.6.1.	Initiation de l'activité d'IDSP	43
4.2.6.2.	Modalités techniques d'exercice quotidien	44
4.2.7.	Mode d'exercice des IDSP	44
4.2.7.1.	Absence de journée type.....	44
4.2.7.2.	Les consultations ETP.....	45
4.2.7.3.	L'activité des IDSP est adaptable.....	45
4.2.7.4.	La prise en charge alternée.....	45
4.2.7.5.	Le développement du binôme permet de sortir du cadre d'ASALEE 47	
4.2.8.	Recherche d'adéquation entre la définition de la prise en charge conjointe et leur activité.....	47
4.2.9.	Identification d'éléments moteurs dans la relation IDSP-généraliste... 48	
4.2.9.1.	Une relation privilégiée entre IDSP et généraliste.....	48
4.2.9.2.	Au moyen d'une communication efficace.....	49
4.2.9.3.	Une différence entre « travailler ensemble » et « collaborer »....	49
4.2.10.	IDSP et ASALEE	50
4.2.10.1.	Les IDSP marquent une évolution des pratiques	50
4.2.10.2.	La progression des IDSP	51

4.2.10.3.	Investissement des IDSP dans le territoire	52
4.2.10.4.	Une volonté de reconnaissance de la part des IDSP	52
4.2.11.	IDSP et IPA	53
5.	Discussion	57
5.1.	Forces et faiblesse de l'étude	57
5.2.	Installation idéale d'une IDSP	58
5.3.	Une réorganisation des soins primaires en marche.....	58
5.4.	Un besoin de reconnaissance de la science infirmière.....	59
	Les infirmières bénéficient depuis quelques années de leur propre ordre (Ordres des National des Infirmiers créé en 2008) ainsi que d'un code de déontologie depuis 2016. Cette avancée est le premier pas pour la reconnaissance d'une science infirmière conduisant à une libération des infirmières et leur affranchissement de la hiérarchie médecin-infirmière jusqu'alors établie.....	59
5.5.	Vers une IDE généraliste / IDSP spécialisée	59
5.6.	L'exercice coordonné, l'avenir ?	60
5.7.	Rapport triangulaire IDSP-généraliste-patient	62
5.8.	Devenir du généraliste ?	62
6.	Conclusion	64
7.	Références	65
	Serment	68
8.	Annexes	69
8.1.	Annexe 1 : Fiche d'enregistrement de la thèse auprès du comité RGPD de l'Université de Poitiers	69
8.2.	Annexe 2 : Email de recrutement envoyé aux IDSP participants au protocole ASALEE	70
8.3.	Annexe 3 : Guide d'entretien première version.....	71
8.4.	Annexe 4 : Guide d'entretien dernière version.....	72
8.5.	Annexe 5 : Autorisation d'enregistrement et d'exploitation de données enregistrées	73
9.	Résumé	74

Table des figures :

Figure 1 : Historique du développement d'ASALEE.....	17
Figure 2 : Récapitulatif de l'implantation ASALEE sur le territoire français (d'après ASALEE.org).....	17
Figure 3 : Illustration du recrutement des IDSP	21
Figure 6 : Arborescence des verbatims.....	56
Figure 7 : La relation triangulaire entre IDSP, généraliste et patient. Adapté d'après L. Landrein	61
Figure 8 : Marguerite des compétences du généraliste. (d'après le CNGE).....	62
Figure 9 : Illustration de la prise en charge conjointe.....	63

Table des tableaux

Tableau 1 : Durée des entretiens en minutes	24
Tableau 2 : Caractéristique socio-professionnelles des IDSP interrogées	24
Tableau 3 : Mode d'exercice des IDSP interrogées	26
Tableau 4 : Caractéristiques des consultations réalisées par les IDSP interrogées .	27

Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition des effectifs par classe d'âge	25
Graphique 2 : Répartition des IDSP interrogées selon l'âge, délai moyen après la sortie de l'IFSI, d'entrée dans ASALEE et temps d'exercice moyen dans ASALEE	26
Graphique 3 : Nombre de généraliste associés à la pratique des IDSP interrogées	27
Graphique 4 : Illustration de la fréquence des différents types de consultation réalisées par les IDSP interrogées	28
Graphique 5 : Répartition du type de consultations hors protocole réalisées par les IDSP interrogées	28

Abréviations

ASALEE	Action de SAnté Libérale En Equipe
ARS	Agence Régionale de Santé
CCP	Comité de Protection des Personnes
CNGE	Collège National des Généraliste Enseignant
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale en Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DAPHNEE	Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisée
DU	Diplôme Universitaire
ETP	Education Thérapeutique Patient
FFMPS	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HSPT	Loi Hôpital, Santé, Patient, Territoire
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IDSP	Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique
IPA	Infirmier(e) de Pratique Avancé
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

1. Introduction

Les Infirmières De Santé Publique (IDSP) appartenant au protocole d'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE) sont nées de la réflexion de médecins généralistes pour améliorer la qualité de prise en charge des patients.

La baisse du nombre de médecins généralistes et l'absence d'amélioration prévisible de la démographie médicale à court et moyen terme conduit les acteurs du système de santé à adapter la prise en charge des patients en médecine générale afin de répondre à la demande de soins toujours croissante (1). Plusieurs idées sont alors nées, dont celle de l'infirmière ASALEE. Le rôle de celle-ci est de réaliser une prise en charge conjointe et/ou alternée au patient porteur d'une pathologie chronique, en coopération avec le médecin généraliste.

L'IDSP peut réaliser différents types de consultations. Il existe en premier lieu, les consultations d'éducation thérapeutique du patient (ETP) correspondant aux protocoles standardisés d'ASALEE. Ensuite, des consultations trinômes, où le médecin et l'IDSP réalisent une consultation commune avec le patient et/ou un membre de la famille afin de faire un point sur la prise en charge du patient. Enfin, la consultation alternée consiste en la réalisation d'une consultation du patient en alternance entre généraliste et IDSP.

On distingue la pratique conjointe de la pratique alternée. La première consiste en la prise en charge d'un patient correspondant aux critères de suivi ASALEE, qui bénéficie d'un suivi avec un médecin généraliste et d'une IDSP afin d'améliorer sa santé.

La pratique alternée permet à tout patient chronique en accord avec cette prise en charge, stabilisé dans sa pathologie, ayant un bénéfice à recevoir une prise en charge personnalisée d'optimiser son état de santé. Le rythme est adapté au patient, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques, après avoir bénéficié ou non d'une consultation trinôme, tout en ayant la sécurité de bénéficier d'un avis médical si besoin lors de leur consultation. L'environnement doit bénéficier de conditions techniques adaptées, avec des temps de concertation médecin-IDSP réguliers. Le but étant de réaliser une prise en charge personnalisée ainsi que de faciliter et d'intégrer

des patients ayant une observance et adhérence moyenne à un suivi médical exclusif, pouvant être sensible à une autre approche, tout en libérant du temps médical.

L'harmonisation des soins médicaux ainsi que ses différentes modalités d'exercice sont un des fondements de la médecine générale. En effet, les bases facultaires sont les mêmes pour tous, néanmoins, la pratique reste individuelle.

Il est donc pertinent de se poser la question du ressenti des IDSP appartenant au dispositif ASALEE sur la prise en charge conjointe du patient en soins primaires.

2. Protocole de coopération ASALEE

Le dispositif ASALEE est un protocole de coopération entre médecin généraliste, et Infirmière De Santé Publique (IDSP), travaillant au sein d'un même cabinet médical, ayant pour but une amélioration des soins de santé primaires.

2.1. Historique du projet ASALEE

Les acteurs de la santé, ainsi que leur coopération s'inscrivent au quotidien dans la problématique d'amélioration des soins courants.

C'est dans cette optique qu'une réflexion sur la création de nouveaux métiers de santé est née. Dans un rapport du Professeur Berland en 2002 commandé par le Ministère de la Santé, il est fait le constat « [qu'au] fil du temps les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges les amenant à développer leur pratique sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. » (Rapport Berland 2002, p. 95) (2).

Suite à cela, le protocole ASALEE est donc créé par la suite en 2004, à l'initiative de médecins généralistes (Drs Bourges, Gautier, Boutin). Il est inspiré par des initiatives Outre-Manche et Outre-Atlantique suite à un besoin de délégation d'actes et de compétences de la part du médecin vers un autre professionnel de santé de terrain comme une infirmière, dans un contexte de pénurie médicale et d'augmentation croissance des besoins de santé de la part d'une population française vieillissante (1) (2) (3) (4)

Cette délégation de tâche infirmière n'est entérinée que trois ans plus tard, par l'article 51 de la loi Hôpital Patient, Santé, Territoire (HSPT) de 2008 où « par dérogation, les professionnels de santé [...] peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient » (5). La Haute Autorité de Santé (HAS) reprend par la suite, au travers de l'émission de recommandations, l'introduction de nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé soit au moyen de délégation de tâches existantes ou bien de répartition de nouvelles tâches (6).

La sortie du cadre expérimental est faite au moyen de la rédaction d'une grille de protocole de coopération ASALEE, approuvée par la HAS en mars 2012 (7).

Par la suite le dispositif ASALEE s'accroît rapidement avec dès 2012, son expansion nationale (8). Cette évolution est résumée dans la figure 1.

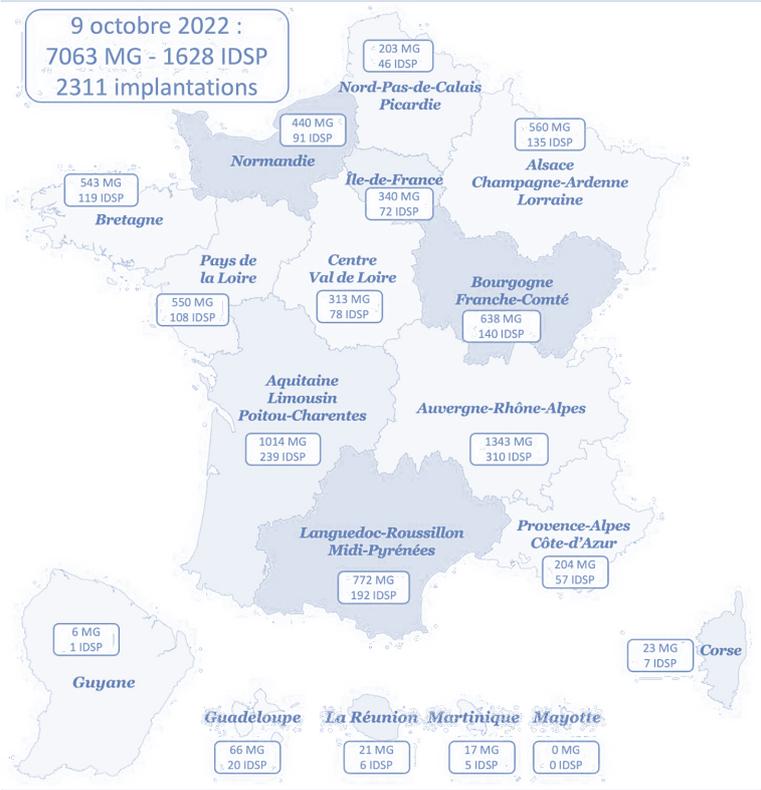
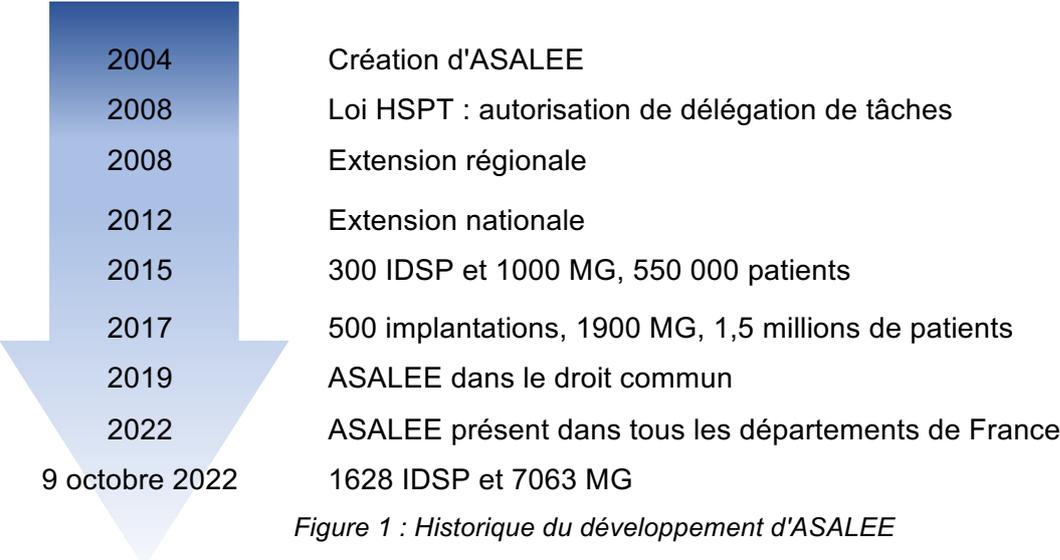


Figure 2 : Récapitulatif de l'implantation ASALEE sur le territoire français (d'après ASALEE.org)

2.2. Cadres et missions d'ASALEE

L'association ASALEE s'inscrit dans la dynamique de la loi « Hôpital, Patient, Santé Territoire » (HPST) visant à améliorer la prévention en santé publique (Titre III), ainsi qu'à répondre à la demande d'accès aux soins. Pour cela elle bénéficie de quatre protocoles standardisés et validés, avec les intitulés suivants :

- Suivi des patients diabétiques de type 2
- Suivi des pathologies cardiovasculaires
- Dépistage des troubles cognitifs
- Dépistage de la BPCO.

Ces protocoles sont communs à tous les cabinets, permettant une harmonisation des pratiques. Néanmoins, les compétences de l'IDSP sont plus larges en réalité car elle s'occupe également du dépistage de l'obésité chez l'enfant ainsi que du dépistage du cancer du sein et colo-rectal.

Son rôle d'éducation thérapeutique est essentiel, car selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) il permet aux patients d'« acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

2.3. Acteurs du dispositif

2.3.1. Le médecin ASALEE

Il s'agit d'un médecin généraliste exerçant de façon libérale ou non, sans obligation de formation lors de la mise en place d'une IDSP. Son rôle est multiple :

- Informe de la présence d'une IDSP dans le cabinet, au moyen d'affiche ou information verbale.
- Adresse des patients à l'IDSP lors de consultation.
- Délègue des actes de soins ou de tâches médicales vers l'IDSP.
- Encadre l'activité de l'IDSP

2.3.2. L'infirmière ASALEE

L'infirmière ASALEE ou IDSP, est une infirmière salariée de l'association ASALEE, travaillant au sein de cabinet médicaux, travaillant sous la responsabilité de généralistes. Elle bénéficie d'une formation théorique sur l'ETP ; au moyen d'une formation de 40 heures au début de son installation, ainsi que d'une formation pratique via la réalisation d'un compagnonnage d'une durée variable (trois jours minimums sont demandés) avec une IDSP déjà bien installée dans son activité d'ASALEE.

Leur activité est définie en lien avec chaque généraliste avec lesquels elle collabore. Avant d'initier une prise en charge ASALEE, le patient est informé des missions et doit donner son consentement pour y participer. Puis l'IDSP reçoit le patient en consultation, et organise librement son suivi, en accord avec le patient et protocole. Elle réalise un compte-rendu de chaque consultation sur le logiciel d'ASALEE et dans le dossier médical, visible donc par le généraliste.

Les IDSP participent à des réunions de secteurs toutes les six à huit semaines où elles échangent sur leur activité locale. Il existe également des groupes d'analyse de pratique où les situations complexes sont étudiées en groupe afin d'améliorer les pratiques.

2.4. Relation IDSP-généraliste

ASALEE est le seul protocole national de coopération existant en médecine générale. Si d'autres expérimentations ont été réalisées, elles se sont limitées au niveau régional.

La création d'un binôme IDSP-généraliste au sein d'un cabinet médical entraîne une modification des pratiques médicales et infirmières sur un même territoire, par la création d'une équipe organisée en ville, impactant profondément le patient et sa prise en charge. Il permet également de créer une dynamique de groupe et de collaboration pour le bénéfice du patient.

Des moments de concertations formels ou non, sont réalisés par le binôme IDSP-généraliste, à un rythme qui leur est propre.

3. Matériel et méthodes

3.1. Choix de la méthode

Aucune des études actuelles n'étudie le ressenti des infirmières IDSP ASALEE, beaucoup étudient le ressenti des médecins ou des patients (9) (10) (11). Une seule étude a été retrouvée et porte sur les dysfonctionnements entre professionnels de santé, sans cibler les infirmières ASALEE ni même leur point de vue (12).

La seule méthode adaptée afin d'explorer un ressenti, est la méthode qualitative, au moyen d'entretiens semi directifs.

3.2. Objectifs

L'objectif principal est d'explorer le ressenti des IDSP ASALEE sur leur pratique conjointe au sein du binôme IDSP ASALEE-médecin généraliste, sur la prise en charge ambulatoire d'un patient de soins primaires.

Les objectifs secondaires sont :

- La recherche d'adéquation entre la définition de la prise en charge conjointe formulée par l'IDSP et leur activité actuelle.
- L'identification de facteurs influençant la prise en charge conjointe.
- L'évaluation de la satisfaction des IDSP vis-à-vis de l'activité exercée.
- La recherche d'harmonisation des pratiques des IDSP entre les lieux d'exercice.

3.3. Recrutement et échantillon

Le recrutement des IDSP s'est fait au moyen d'envoi d'un courriel, à partir de la liste de contacts d'une IDSP référente sur le territoire des Deux-Sèvres. Au moment de l'envoi du courriel de recrutement, 1628 IDSP étaient en activité.

L'email a été envoyé à 167 IDSP en activité et à 15 groupes de travail sur ASALEE auxquels participent en moyenne 10 IDSP. Ce qui correspond à environ 16 % des effectifs d'IDSP en activité.

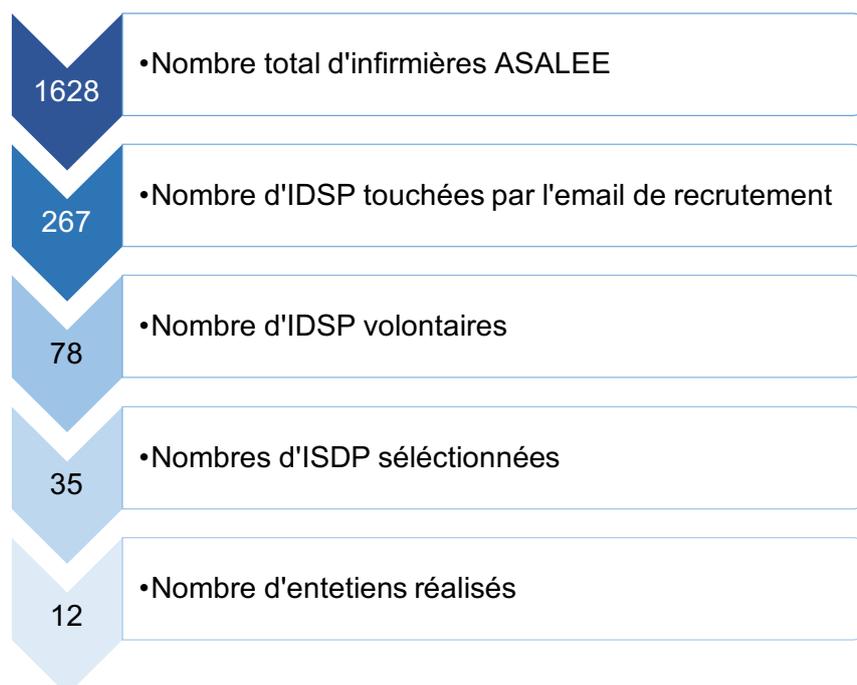
En cas d'absence de saturation des données obtenue avec le premier envoi du courriel, un deuxième tour de mailing-list est prévu.

Toutes les IDSP volontaires pour participer à ce travail de thèse, ont reçu un premier courriel pour une demande de contact téléphonique, 78 courriels de volontariat ont été reçus. Les infirmières volontaires ont été tirées au sort, afin de limiter le biais de sélection.

Les IDSP sélectionnées sont celles qui ont accepté un contact téléphonique préalable. L'entretien téléphonique servait à expliquer l'entretien, ses modalités, répondre aux éventuelles questions et fixer un rendez-vous en visioconférence pour la réalisation de l'entretien.

Après validation d'un entretien visioconférence, les IDSP ont reçu un courriel avec le lien de la visio, le formulaire RGPD élaboré en lien avec la faculté de Poitiers et le formulaire d'autorisation de captation de la vidéo à renvoyer signé.

Le consentement a également été recueilli de façon orale, avant chaque début d'entretien.



3.4. Figure 3 : Illustration du recrutement des IDSP Ethique

Ce travail de thèse est enregistré auprès du comité des personnes (RGPD) de la faculté de Poitiers sous la référence 202253. La méthodologie a été validée par le comité d'éthique interne (Annexe 5).

3.5. Le guide d'entretien

Le guide a été réalisé sur la base de précédents questionnaires utilisés pour des thèses où ASALEE était étudiée avec une méthodologie qualitative, adapté pour ce travail spécifiquement (11) (13) (14) (15). Cette adaptation a été faite avec une infirmière coordinatrice d'oncologie intéressée par le travail de thèse.

Il a été divisé en plusieurs catégories selon les objectifs de la thèse, éprouvées au préalable au travers d'un entretien test.

Les catégories de l'entretien ciblent chacun des objectifs de cette thèse et ont été réalisées comme suit :

- Récolte des données socio-professionnelles : questions 1, 2, 3
- Exploration du mode d'exercice de l'IDSP : questions 4, 5, 9
- Relation MG-IDSP : 6, 7, 15
- Evolution du métier d'IDSP, freins et booster de l'activité : 8, 10, 11, 13
- Réflexions sur la pratique conjointe : 6, 14
- Recherche d'harmonisation des pratiques des IDSP entre les lieux d'exercice : question 9, 12.

L'entretien test a été réalisé avec la première IDSP volontaire pour le travail, permettant de modifier le questionnaire afin d'améliorer sa compréhension. D'autre part, deux remarques pertinentes ont été faites et incluses comme questions dans le guide.

3.6. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés de façon individuelle, semi-directifs, basés sur un guide d'entretien rédigé par l'auteur de ce travail, suite à une recherche bibliographique approfondie, avec des questions ouvertes et une question fermée, au moyen du logiciel Webex© avec lequel ils ont été enregistrés.

L'accord de participation a été recueilli au moyen de la signature de l'autorisation de captation de la vidéo et de façon verbale avant chaque début d'entretien.

3.7. Analyse des données

Les entretiens ont été anonymisés et se sont vus attribuer des numéros, dans l'ordre de réalisation des entretiens. Ils ont été retranscrits mot à mot dans Word©, et les expressions faciales sont indiquées en *italique* dans la transcription.

Un double encodage a été réalisé de façon manuelle par l'auteur ainsi que par le directeur de thèse, pour définir des verbatim d'idées, regroupés en thèmes, à partir des premiers entretiens, au moyen du logiciel Excel©. Par la suite les codages ont été comparés, et les catégories harmonisées entre les deux codeurs.

La saturation des données a été obtenue après le 10^{ème} entretien, caractérisée par l'absence de nouvelle donnée sur deux entretiens consécutifs. Deux autres entretiens ont été réalisés par sécurité, afin de minimiser le nombre de réponses perdues.

Le codage a été fait selon la manière inductive. C'est-à-dire que la récupération des idées des entretiens est faite lors du codage au fur et à mesure. Les catégories sont réalisées à la fin du dernier entretien.

4. Résultats

4.1. Résultats quantitatifs

4.1.1. *Durée des entretiens*

Douze entretiens ont été réalisés, d'une durée de 21 à 59 minutes, pour une moyenne de 37 minutes.

Numéro IDSP	Durée entretien (en min)
001	37
012	30
015	42
016	21
103	32
105	60
108	25
109	59
111	26
117	30
122	44
126	33

Tableau 1 : *Durée des entretiens en minutes*

4.1.2. *Caractéristiques socio-professionnelles des IDSP interrogées*

Les caractéristiques socio-professionnelles des IDSP interrogées sont récapitulées dans le tableau suivant :

Numéro IDSP	Tranche d'âge	Sexe	Département	Temps depuis IFSI (en année)	Délai d'entrée dans ASALEE après la fin d'étude (en année)	Temps dans ASALEE (en année)	Milieu d'exercice
001	30-40	Féminin	Gers	16	15	1	Rural
012	30-40	Féminin	Deux Sèvres	9	4	5	Semi rural
015	30-40	Féminin	Deux Sèvres	12	8	4	Rural
016	30-40	Féminin	Meurthe et Moselle	12	6	6	Urbain
103	30-40	Féminin	Haute Garonne	12	8	4	Rural
105	40-50	Féminin	Loire-Atlantique	20	19	1	Rural
108	30-40	Féminin	Pyrénées-Atlantiques	15	11,5	3,5	Semi rural
109	20-30	Féminin	Loire-Atlantique	9	5,5	4,5	Urbain
111	30-40	Féminin	Aube	17	14	3	Urbain
117	40-50	Féminin	Paris	18	12	6	Urbain
122	50-60	Féminin	Deux Sèvres	32	31	0,8	Urbain
126	30-40	Féminin	Gers	20	15	5	Rural

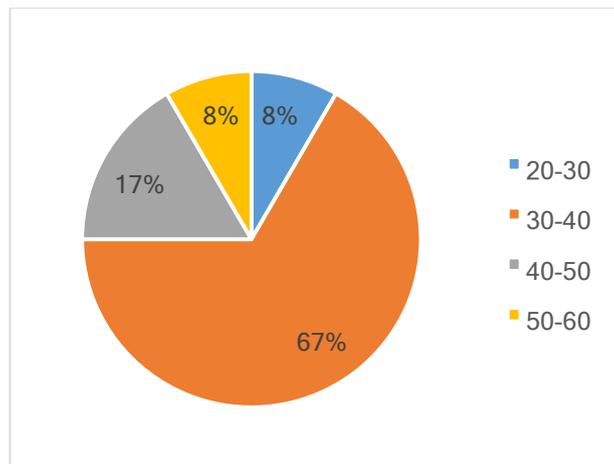
Tableau 2 : *Caractéristique socio-professionnelles des IDSP interrogées*

Les résultats des caractéristiques socio-professionnelles sont :

- Cent pour cent des IDSP interrogées sont des femmes.

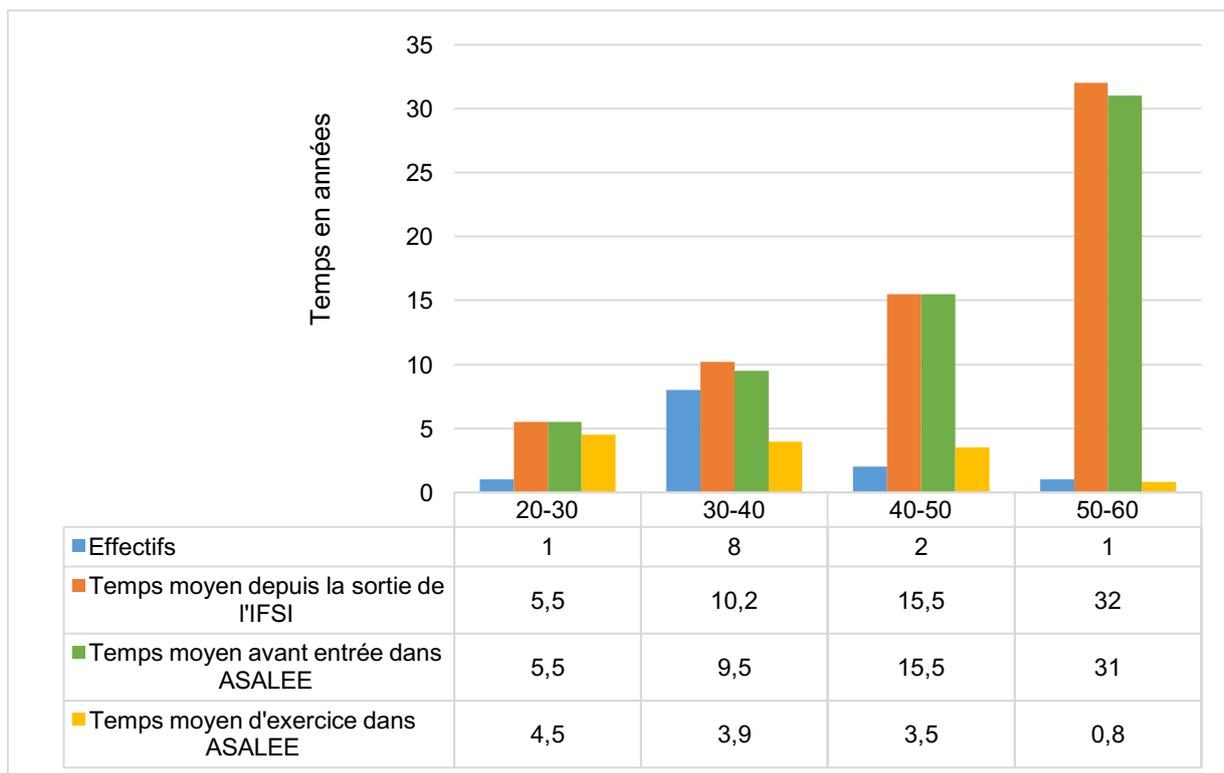
Ce qui correspond au fait que 100 % des IDSP s'étant portées volontaires pour ce travail de thèse étaient également des femmes.

- Toutes les catégories d'âges sont représentées, avec une prépondérance pour la classe 30-40 ans, majoritaire à 67%.



Graphique 1 : Répartition des effectifs par classe d'âge

- La majeure partie des IDSP interrogées exerçaient en milieu rural (58%, vs 42% en milieu urbain). La définition des milieux urbains et ruraux a été faite selon l'INSEE (16).
- Il existe une bonne répartition géographique des IDSP interrogées, avec une prépondérance pour les départements des Deux-Sèvres (25% des effectifs)
- On remarque que plus les IDSP appartiennent à une classe d'âge jeune, plus le délai moyen entre la sortie de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et le délai d'entrée dans ASALEE est court. Ce sont également les classes d'âge les plus jeunes qui ont un exercice moyen le plus long.
- Les IDSP interrogées avaient un parcours professionnel diversifié, dont aucun n'était comparable entre eux.



Graphique 2 : Répartition des IDSP interrogées selon l'âge, délai moyen après la sortie de l'IFSI, d'entrée dans ASALEE et temps d'exercice moyen dans ASALEE

4.1.3. Caractéristiques du mode d'exercice des IDSP

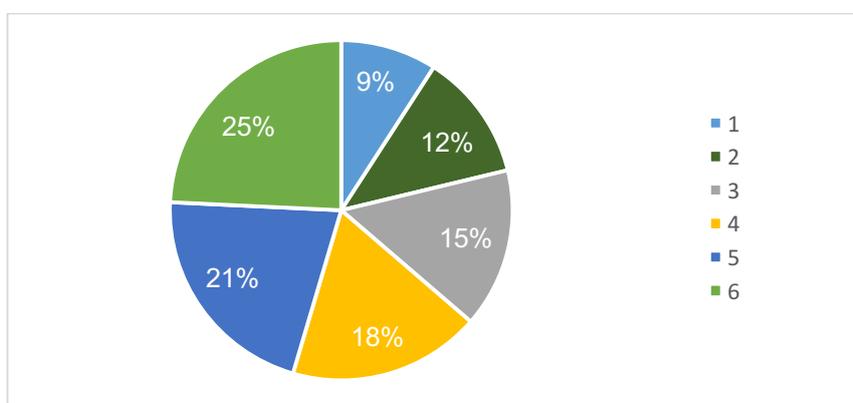
Les caractéristiques du mode d'exercice des IDSP sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Numéro IDSP	Temps travaillé (en %)	Temps partagé entre plusieurs cabinets ?	Nombres de cabinets	Nombre de généralistes associés	MSP ?	CPTS ?
001	100	Oui	2	5	Non	Non
012	100	Non	1	7	Oui	Oui
015	100	Oui	2	5	Oui	Non
016	100	Non	1	3	Non	Non
103	100	Non	1	4	Oui	Non
105	100	Oui	3	8	Oui	Non
108	100	Oui	2	7	Oui	Non
109	100	Non	1	4	Oui	Oui
111	100	Oui	4	8	Oui	Non
117	100	Non	1	6	Non	Non
122	100	Non	1	6	Oui	Oui
126	80	Non	1	5	Oui	Non

Tableau 3 : Mode d'exercice des IDSP interrogées

On observe que :

- Quarante-deux pourcents des IDSP exercent à temps plein, sur un ou plusieurs cabinets. L'exercice sur un seul cabinet est majoritaire (58 % des IDSP interrogées).
- La majeure partie des IDSP travaillent en MSP (75 %), contre un cabinet de groupe (25 %), mais seulement 25% travaillent en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).
- Les IDSP travaillent avec un nombre élevé de généralistes (pourcentage cumulé des classes 4, 5, 6 médecins généralistes 64 %, moyenne des généralistes associés à l'activité d'une IDSP 5,7), sur un petit nombre de cabinet (moyenne 1,6 cabinet).



Graphique 3 : Nombre de généraliste associés à la pratique des IDSP interrogées

4.1.4. Caractéristiques des consultations des IDSP

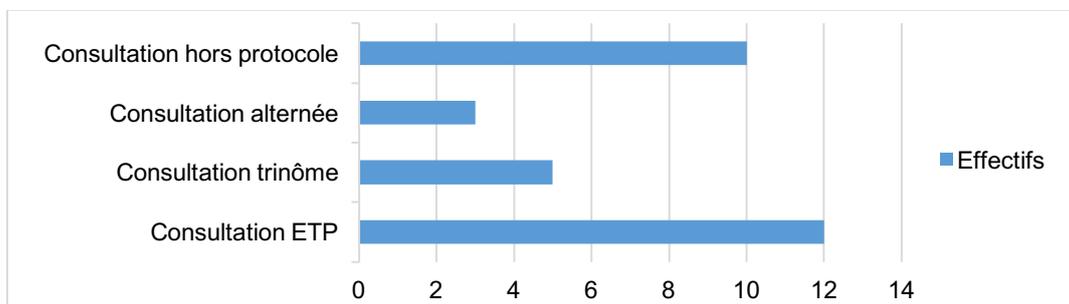
Numéro IDSP	Durée d'une consultation (en min)	Consultation ETP	Consultation trinôme	Consultation alternée	Réalisation consultation hors protocole ASALEE	Si oui, lesquelles ?
001	60	Oui	Non	Non	Oui	Sevrage alcool
012	60	Oui	Oui	Non	Oui	Consultation collective
015	Variable*	Oui	Non	Non	Oui	Suivi psychologique
016	90	Oui	Non	Non	Non	
103	60	Oui	Non	Non	Oui	Stimulation cognitive
105	60	Oui	Non	Non	Oui	Sevrage alcool
108	Variable*	Oui	Oui	Non	Oui	Suivi de plaie chronique
109	45	Oui	Oui	Oui	Oui	Suivi psychologique Aide parentalité Troubles neuro développement enfant
111	Variable*	Oui	Oui	Oui	Oui	Remédiation cognitive
117	Variable*	Oui	Oui	Oui	Oui	Consultation parcours complexe
122	60	Oui	Non	Non	Non	
126	45	Oui	Non	Non	Oui	Sevrage alcool Suivi psychologique

* Variable : selon les besoins du patient et/ou de l'IDSP

Tableau 4 : Caractéristiques des consultations réalisées par les IDSP interrogées

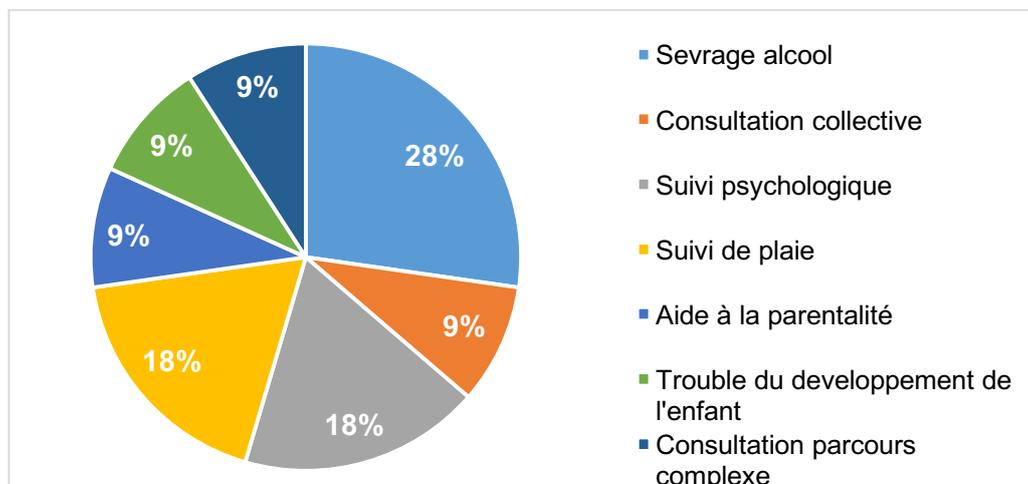
Les résultats sont :

- Les IDSP ont un long temps de consultation dédié au patient (toujours supérieur à 45 min). Les déclarations de variation de temps étant selon les besoins du patient ou si le suivi était décrit comme très régulier.
- Cent pour cent des IDSP interrogées réalisent les consultations d'ETP prévues dans le cadre d'ASALEE. En revanche, seulement 42 % des IDSP réalisent des consultations trinômes et 25 % des consultations alternées. On note que 83 % des IDSP interrogées déclarent réaliser des consultations hors protocoles en lien avec un ou plusieurs généralistes, pour les besoins du patient ou du médecin.



Graphique 4 : Illustration de la fréquence des différents types de consultation réalisées par les IDSP interrogées

- Les différents types de consultations hors protocoles sont résumés dans le graphique ci-dessous. On remarque de la majeure partie concerne le sevrage de l'alcool (25 %), le suivi de plaies chroniques (18 %) ainsi que du suivi psychologique (18 %).



Graphique 5 : Répartition du type de consultations hors protocole réalisées par les IDSP interrogées

4.2. Etudes des entretiens semi-directifs

4.2.1. Motivations à exercer en tant qu'IDSP dans ASALEE

Les IDSP interrogées décrivent différentes raisons d'entrer dans le dispositif ASALEE. Il existe une volonté de liberté d'exercice dans la pratique quotidienne, contrairement au milieu hospitalier.

IDSP 012 : « Je trouvais aussi qu'il y avait une liberté d'action au niveau des soins infirmiers, j'entends relationnel, tout ce qui est mener les consultations, création de projet ».

IDSP 126 : « Je ne voulais plus retourner à l'hôpital. [ASALEE c'était] Tout ce qui me manquait dans l'hospitalier. »

Devenir IDSP est décrit comme une forme d'installation libérale, avec le confort du salariat, permettant de concilier une vie de famille et un travail stimulant.

IDSP 015 : « Ce que je peux dire d'autre c'est... C'est aussi une installation aussi... »

IDSP 117 : « Donc ça me semblait être un environnement plus simple, où je pouvais être créative et utiliser mes connaissances et mes compétences sans être trop bridée. »

IDSP 012 : « ça me permettait d'agir au niveau de la ville ».

IDSP 126 : « parce que je trouve, qu'ASALEE, ça permet d'avoir une vie personnelle (*pause*) équilibrée ».

Les IDSP déclarent en majorité une **volonté de travailler en collaboration avec le patient**, en réalisant des séances d'ETP au moyen de consultation. Ce souhait de retrouver un lien plus proche, moins centré sur la technique fait également écho à une insatisfaction quant au travail d'IDE en milieu hospitalier.

IDSP 109 : « J'ai pu retrouver un poste de travail qui... Ou je me suis retrouvé dans ma posture, et dans ce pourquoi j'avais choisi de faire infirmière. »

IDSP 103 : « Infirmière dans les soins, bah là maintenant, je ne me retrouvais pas ou enfin plus. »

IDSP 105 : « Ma motivation principale c'était le patient. »

IDSP 117 : « La première raison c'était que je voulais continuer dans l'éducation thérapeutique. »

Cette **lassitude** vis-à-vis de l'exercice avant-ASALEE était renforcée par une envie de trouver un lien IDSP-médecin plus proche, avec une notion de travail en équipe fortifiée par la possibilité de pouvoir prendre le temps nécessaire pour le patient.

IDSP 015 : « J'avais envie de changer. Voilà, j'avais fait un petit peu le tour de là où j'étais. »

IDSP 012 : « Et puis, le fait qu'on soit en collaboration très proche avec le médecin ça me plaisait énormément.»

IDSP 001 : « Et puis je trouve travailler en équipe c'est super intéressant. [...] C'est vraiment un travail en collaboration. »

IDSP 016 : « Le fait de pouvoir prendre le temps avec le patient. »

4.2.2. Analyse du ressenti de l'activité des IDSP

4.2.2.1. Ressenti des IDSP sur la relation IDSP- médecin

Les IDSP soulignent que les médecins souhaitant initialement une IDSP dans leur cabinet retrouvent une utilité à leur travail et en sont satisfaits.

IDSP 105 : « Sur le cabinet d'Éric, où il y avait déjà eu une ASALEE mais perdue, ils étaient contents d'en récupérer une, ils ont vu le manque et ont trouvé ça dur. »

IDSP 126 : « Et petit à petit, ils [les médecins] ont chacun trouvé euh... Quelque chose d'utile avec moi. [...] Après c'est le retour des patients et des médecins. [...] Déjà, [les médecins] sont toujours contents de me voir. »

IDSP 015 : « J'ai besoin de me sentir à l'aise avec les personnes pour pouvoir bien travailler et coopérer ensemble. Ça passe par une bonne relation avec les médecins. »

La pratique conjointe passe par une bonne relation avec les médecins et celle-ci est mise en avant par les médecins.

IDSP 105 : « Le médecin avec qui je travaillais était super fier d'avoir une ASALEE. »

4.2.2.2. Ressenti des IDSP sur la prise en charge du patient

Les **IDSP réalisent des autocritiques régulières** de leur activité au travers de leur ressenti des consultations avec les patients, du relationnel qu'elles ont avec eux ainsi que leur résultats « chiffrables », en examinant par exemple les variations d'hémoglobine glyquée.

IDSP 108 : « Je ne suis pas parfaite mais je me remets en question. [IDSP] c'est la fonction d'infirmière dans laquelle je me suis le plus remis en question. »

IDSP 126 : « Quand le patient sort de la consultation et que j'ai été trop directive, je me dis que je n'ai pas assuré du tout, que j'ai voulu imposer quelque chose. »

IDSP 015 : « Je m'évalue aussi à travers des résultats de prise de sang, où je vois qu'une d'HbA1c a augmenté ou diminué. »

4.2.3. Identification des facteurs négatifs influençant la prise en charge conjointe

4.2.3.1. Les IDSP influent sur leur propre activité

Les IDSP expliquent à plusieurs reprises que **leur capacité à communiquer** avec le patient peuvent être mise à mal suite à différentes situations. Le manque de temps, la fatigue ou encore le problème de contre-transfert influent sur leur activité.

IDSP 109 : « C'est toute la difficulté d'expliquer au patient ben je ne vais pas pouvoir le suivre, parce que ça me renvoi trop de chose émotionnellement je ne suis plus dans une posture d'empathie mais plutôt de compassion voire de sympathie et que... *(pause)* Je ne risque pas d'être dans ma posture professionnelle. »

IDSP 015 : « C'est-à-dire que je ne veux plus courir après le temps. [...] Je ne veux pas me dire « oh là là ça déborde ». »

IDSP 122 : « Parfois on peut être... fatiguée... fatigant. Peut-être moins à l'écoute du patient par rapport au début de journée par exemple. »

Le manque de formation ressenti au niveau théorique ou pratique lors du début de l'activité rend l'exercice quotidien plus difficile, avec une sensation de solitude face au patient.

IDSP 117 : « Et puis parfois on se sent seul avec les patients, avec la difficulté des patients. »

IDSP 105 : « Je me sens en difficulté sur l'entretien motivationnel, on n'est pas assez formées, on a fait 2-3 jours et après c'est fini. »

IDSP 126 : « Si j'avais la possibilité ça serai de faire plus de formation dès le départ de notre installation. C'est ça qui manque je trouve. »

A plusieurs reprises, les IDSP abordent le problème du **temps partagé entre plusieurs cabinets** ou l'éloignement géographique comme facteurs négatifs influençant leur activité.

IDSP 015 : « Après je pense que le fait de ne pas toujours être présente dans la même maison de santé, ça peut être un facteur défavorisant. »

4.2.3.2. Les patients modulent l'activité des IDSP

Outre les **difficultés d'adressage du médecin** remplissant peu les créneaux de consultation des IDSP ou encore **les rendez-vous non honorés** aussi connus sous le terme de « lapins », sont responsables d'un manque de motivation.

IDSP 103 : « J'ai noté un manque de motivation les jours où c'est les jours où c'est que je n'ai pas de consultation ou des lapins, oui les lapins ça arrive, c'est pénible. »

IDSP 105 : « Les médecins n'arrivaient pas à m'envoyer [des patients] ».

La difficulté de l'exercice des IDSP est aussi lié à des problèmes de compréhension de leur activité de la part des patients, ou de leur ressenti et acceptation de la maladie.

IDSP 105 : « Ce n'est pas forcément ce qu'ils [les médecins] ont dit, mais c'est ce que le patient a compris. »

IDSP 109 : « Et il y a des personnes qui sont dans la non acceptation, ils savent qu'ils sont malades, on leur a dit, mais ils ne l'acceptent pas. »

Si le patient n'est pas prêt à initier un suivi, l'IDSP ne pourra pas exercer.

IDSP 109 : « Peut-être des patients que l'on ne pas revoir tout de suite parce que ils ne sont pas encore prêts, ça va arriver trop tôt dans leur suivi. »

4.2.3.3. L'activité des IDSP est fonction des pratiques personnelles des médecins

La façon dont l'activité des IDSP est présentée par les médecins est un problème récurrent et influence la façon d'exercer au quotidien, soit en entraînant un manque de consultations soit sur la qualité de la relation avec les patients.

IDSP 015 : « Ils [les médecins ndlr] ne pensent forcément pas à m'orienter le patient. »

IDSP 105 : « C'est beaucoup comment le médecin me présente, c'est important »

IDSP 111 : « Tout dépend aussi de l'orientation, De comment l'orientation se fait auprès du médecin. »

Les IDSP rapportent un **manque de disponibilité** du médecin ou encore une peur de le déranger lors de ses consultations

IDSP 122 : « Voilà, on a une charge de travail importante de notre côté, mais surtout du côté des médecins donc quand on veut aborder un médecin. [...] On a peur de le déranger. »

Les interrogatoires mettent en avant un **sentiment d'utilisation de leurs capacités**. Elles se sentent sollicitées en réponse à un temps médical, pouvant traduire un manque de reconnaissance de leurs capacités.

IDSP 111 : « J'ai plus la sensation d'être plutôt un peu utilisée là où ils n'ont pas le temps, les ECG, les tests mémoire etc. »

La **volonté de participation des médecins** au dispositif ASALEE ou à l'activité des IDSP est à la fois un moteur et un frein.

IDSP 105 : « C'est moi qui suis porteuse de projet et pas eux et c'est le problème. Il aurait fallu que ce soit le projet des médecins et pas de l'infirmière. Ce n'est pas leur conviction profonde, ce n'était pas leur envie, c'était celle de l'infirmière libérale sympa d'à côté. »

IDSP 117 : « Ca dépend des médecins, le fait que... Il y en a qui accepte pas ASALEE... On n'arrive pas... Et il y en a qui arrive à déléguer, à partager. »

IDSP 016 : « Les relations avec les collègues, quand on arrive à travailler en équipe c'est très très positif. »

Les différences de caractères influent sur la relation médecin-IDSP.

IDSP 103 : « Après c'est sûr qu'il y a des affinités avec certains plus qu'avec d'autres, mais de toute façon, mais c'est humain et c'est comme ça partout. »

4.2.3.4. Les IDSP doivent trouver leur place

A niveau de l'environnement, les IDSP rapportent **qu'un temps partagé entre plusieurs cabinets est délétère sur leur activité**. De la même façon, si leur cabinet est éloigné de celui des médecins, la collaboration ne sera pas la même.

IDSP 126 : « La salle où je travaille était au milieu des médecins et elle est passée à l'étage. Ca a vraiment créé un éloignement. C'était assez dur psychologiquement à gérer. »

IDSP 103 : « je ne faisais pas du travail comme il faut parce qu'en était sur trois cabinets, ça va pas quoi. »

Le manque de cadre à leur exercice au moment de l'initiation de leur activité et lors de leur exerce contribue à une activité désordonnée.

IDSP 117 : « C'est le cadre qui est très souple et agile. Parfois on s'y perd. Moi par exemple, j'ai tendance, euh... je m'éparpille. J'ai tendance à faire beaucoup de choses. »

La dynamique du territoire, avec notamment la participation aux CPTS **est énergivore**.

IDSP 012 : « La dynamique de territoire, là on a les CPTS qui sont en train de se monter, bah... (*Sourire*) Ca aspire beaucoup d'énergie »

Il est nécessaire que **les IDSP expliquent leur rôle et leurs actions afin de se faire accepter** par les médecins et les infirmières libérales.

IDSP 001 : « Au début ça a été difficile en m'installant de trouver des collègues MG déjà installés qui voulaient une IDE, pas particulièrement contre moi mais contre le statut. »

IDSP 015 : « Ca a été aussi un travail à ce niveau-là, de se présenter, dédramatiser un petit peu dédramatiser la fonction et leur dire qu'on pouvait travailler en complémentarité sans que l'une empiète sur le territoire de l'autre. »

Une seule IDSP déclare ne pas avoir assez de liberté dans les actes et les prescriptions réalisables au quotidien.

IDSP 001 : « Je trouve ça dommage, de pas avoir assez de liberté ; ça me gêne néanmoins car ce n'est pas pour faire n'importe quoi »

4.2.4. Recherche d'harmonisation des pratiques des IDSP entre les différents lieux d'exercices

4.2.4.1. Les IDSP déclarent une pratique commune

Les IDSP déclarent presque de façon unanime **qu'une base commune de formation et d'exercice est nécessaire**. Cette dernière se traduit par l'application des mêmes protocoles nationaux.

IDSP 012 : « Je pense que c'est nécessaire sur certaines choses comme notamment les protocoles nationaux pour avoir une ligne de conduite. »

IDSP 122 : « Après, il faut une certaine harmonie, pour qu'on aille toutes dans le même sens, que les formations, elles soient toutes faites pareil pour tout le monde. »

4.2.4.2. ... Mais adaptable aux besoins

Néanmoins, **cette base doit être adaptée à la collaboration avec le médecin, au patient ainsi qu'aux besoins du territoire.** Cette notion est presque verbalisée par toutes les IDSP.

IDSP 117 : « Du coup, je pense que c'est protéiforme. Ca dépend du territoire, des demandes, [...], de la collaboration, du type de patient qu'on rencontre. »

La pratique est également adaptée selon le vécu professionnel de l'IDSP.

IDSP 109 : « Chacun avec notre personnalité notre histoire personnelle mais aussi mais aussi notre histoire professionnelle, et qui va faire que l'on va faire un accompagnement très individuel et personnalisé au patient. »

Cette adaptabilité des pratiques permet une meilleure prise en charge, puisque personnalisée aux besoins du patient.

IDSP 001 : « L'idée c'est d'offrir une prise en charge de meilleure qualité. Plus globale : les patients ne disent pas la même chose à l'IDE et au MG et le fait d'en parler c'est ça qui fait la qualité de la prise en charge et qu'on s'y retrouve tous : patients, IDE et MG. »

4.2.4.3. Le cadre adaptable d'ASALEE permet une diversité des pratiques

La liberté de façonner la pratique d'IDSP est possible suite au cadre ajustable d'ASALEE. Ce qui donne **une pratique unique à chaque IDSP**. Cette notion est décrite par plusieurs IDSP.

IDSP 126 : « L'avantage d'ASALEE c'est qu'on est assez libre partir dans tous les sens. »

IDSP 109 : « Ben il y a 1600 infirmières ASALEE, je dirai qu'il y 1600 façons de pratiquer notre métier. »

Plusieurs IDSP rapportent de façon concomitante que ce cadre très libre est à la fois un moteur et un frein à leur activité du fait de l'absence de barrières.

IDSP 117 : « Ca peut être insécurisant et à la fois épanouissant parce qu'il y a de la liberté à imaginer, pleins de choses à faire ».

IDSP 105 : « [...] des fois ça peut être flippant, on ne sait pas trop où on va. »

On remarque aussi **l'absence de jugement quant à la façon de faire des IDSP entre elles**.

IDSP 109 : « Je pars du principe que je m'en fiche (souris) de la façon dont mes collègues pratiquent dans le sens où je ne suis pas là pour juger leur travail. »

4.2.5. La pratique conjointe IDSP-généraliste

4.2.5.1. Les IDSP définissent la pratique conjointe

La pratique conjointe IDSP et généralistes est décrite de façons différentes par les IDSP. Les notions de **collaboration**, de **binôme** ainsi que de **concertation pour avancer sur une problématique de patient**, à travers **deux visions distinctes** et ainsi **réaliser une prise en charge globale** sont rapportées de différentes manières.

IDSP 105 : « Ça m'évoque une meilleure prise en charge du patient, une prise en charge globale, avec deux visions différentes, parce qu'on n'a pas forcément la même vision. Et une meilleure alliance thérapeutique continue. »

IDSP 109 : « C'est que c'est une collaboration entre deux professionnels pour permettre aux patients une prise en charge, un suivi dans son ensemble et pas forcément que dans sa maladie, mais en tant que personne et permettre ainsi d'avoir ce double regard, de deux professionnels différents cumulés à la collaboration aux autres professionnels du territoire »

IDSP 015 : « ça m'évoque le travail en coopération. C'est-à-dire, le médecin qui rencontre son patient et pour lequel il va identifier un besoin de... d'approfondir peut-être des notions particulières par rapport à leur pathologie ou leur prise en charge ou alors traitement ou une découverte de pathologie chronique. »

4.2.5.2. Pourquoi une pratique conjointe ?

La pratique conjointe est souvent mentionnée **en réponse à un manque de temps médical**. Elle est également la solution pour **une prise en charge du patient « plus efficiente »** dans le sens où le patient est accompagné dans ses démarches de santé et les décisions qui s'y rapportent. **La pratique d'IDSP vient en supplément de l'exercice médical**, car les compétences des IDSP et des médecins s'accordent et se complètent. Cette pratique conjointe est décrite comme étant **une avancée dans la prise en charge du patient** par plusieurs IDSP.

Les IDSP sont également plus à même de fournir une écoute de qualité au patient du fait de leur temps de consultation long.

IDSP 015 : « Et donc me les envoyer pour que je puisse prendre du temps supplémentaire, prendre le temps qu'eux n'ont pas forcément pour ouvrir un maximum le dialogue avec le patient sur ces « problématiques » là, sur ces sujets-là. »

IDSP 109 : « En fait en tant qu'infirmière ASALEE on répond à un besoin de manque d'accès médical et de soins sur un territoire ».

IDSP 108 : « un accompagnement plus efficient où un patient vraiment accompagné. [...] 'est vraiment un complément important, je pense qu'on apporte que ce soit aux patients. [...] C'est vraiment un plus c'est une avancée dans la façon de considérer la prise en charge du patient. »

IDSP 103 : « Rien que par le temps qu'on pourra y consacrer. Parce que le temps c'est notre meilleur ami, alors qu'on n'a jamais eu le temps que ce soit en service, en libéral, alors que là j'ai le temps. Je leur dis aux gens, j'ai le temps. »

4.2.5.3. Les IDSP identifient des moteurs à la pratique conjointe

4.2.5.3.1. Perspectives d'évolution des IDSP

L'activité des IDSP est évolutive de par leur motivation propre, ce qui se reflète sur leur envie de **formation complémentaire universitaire** ou avec leur généraliste en binôme. Ceci permet de révéler le **concept de science infirmière** qui leur est propre **et fait le pendant aux sciences médicales.**

IDSP 103 : « Et possibilité d'évolution. L'an dernier, j'ai fait le DU d'addictologie.»

IDSP 117 : « ASALEE qui nous permet de nous former en continu, que ce soit avec le médecin ou entre infirmière, à travers des formations diverses et variées... »

IDSP 012 : « Je me dis enfin (*sourit*) les infirmières ont un endroit où elles peuvent faire valoir que... on a une science propre à notre métier, et que si elle est prise en compte et ben peut-être on pourra faire encore plus évoluer plus notre travail, et qu'il était temps que ça arrive. »

4.2.5.3.2. Le développement de la pratique conjointe

A plusieurs reprises les IDSP affirment qu'il existe une **notion de maturation dans le binôme IDSP et généraliste**. La distinction est faite entre « travailler ensemble » et « collaborer », pour devenir un **binôme IDSP-généraliste**.

IDSP 105 : « Je dirai, qu'il y a comme un degré de maturation à avoir entre le médecin et l'ASALEE. »

IDSP 105 : « C'est une histoire de maturation et faut le temps, en ASALEE on nous dit toujours prend le temps, pour les médecins aussi. »

IDSP 117 : « Apprendre à se connaître. Ça fait cinq ans qu'on travaille ensemble, et ça fait un an qu'on arrive à bien collaborer. »

Une IDSP fait la remarque qu'il **est impossible de reprendre une relation préexistante** entre IDSP et généraliste, **il faut recommencer la relation du début**. Néanmoins, une expérience passée en tant qu'IDSP facilite la construction du binôme du point de vue de l'infirmière.

IDSP 012 : « Et ils souhaitaient continuer cette collaboration sauf quand je suis arrivée, on s'est aperçu qu'on ne pouvait pas continuer la collaboration, on est obligé d'en recréer une, parce qu'on est des personnes différentes. »

IDSP 016 : « En fait, ça me fait repartir de la base zéro mais en ayant toute mon expérience, donc c'est facilitant. »

Cette maturation est intimement liée à **l'intégration réciproque** des IDSP et des généralistes dans leur activité respective. La réalisation de consultations apprenantes par les généralistes pour les IDSP et la participation des généralistes aux activités d'ASALEE contribuent à renforcer le binôme.

IDSP 016 : « on nous demande de plus en plus que les médecins s'investissent dans le dispositif. [...] On ne les invitait pas aux formations on ne les invitait pas aux réunions de secteur. »

IDSP 109 : « je suis allée aussi avec les médecins du cabinet pendant leurs consultations, pour voir comment c'était le métier de médecin généraliste. »

La pratique conjointe pour se développer et atteindre son plein potentiel est conditionnée à une communication régulière. Ceci permet la **création d'un exercice coordonné entre IDSP et généraliste. Ce dernier est évolutif au cours du temps.**

IDSP 109 : « et puis au fur et à mesure qu'il y ait des discussions sur qui fait quoi et quel est le rôle de chacun. »

IDSP 111 : « Mais c'est juste la continuité de ce que je vis aujourd'hui, ce n'est pas un changement c'est juste autre chose qui va se mettre en place. »

Cet **exercice coordonné est caractérisé par des limites floues, mais organisé autour de la compréhension réciproque de l'activité de chacun** des intervenants, ce qui permet de **s'affranchir du cadre réglementaire d'ASALEE** si le binôme le souhaite.

IDSP 117 : « Mais comme c'est un peu de partout, on sait pas trop où on va. Où sont les limites de chacun. »

IDSP 109 : « c'est aussi de se mettre en accord sur qui fait quoi sans que personne se laisse... se laisse marcher sur les pieds, ce n'est pas du tout ça... se mettre en accord sur les différentes missions de chaque personne dans un cabinet médicaux. »

IDSP 117 : « Je me sens plus à l'aise, je me sens plus légitime, à déborder du cadre parce que je sais qu'avec le médecin, on est d'accord. »

4.2.5.3.3. Une meilleure connaissance d'ASALEE

La diffusion nationale d'ASALEE ainsi que son caractère courant entraîne une **meilleure connaissance de leur pratique** de la part des généralistes ainsi que des autres acteurs du système de santé.

IDSP 122 : « Au fil du temps, on a appris à connaître ce que c'était vraiment ASALEE avec les problématiques d'éducation à la santé, d'éducation à la santé, de la prévention. »

IDSP 015 : « les médecins nous connaissent d'avantage et savent un peu de quoi il en est. »

La reconnaissance des pratiques de chacun permet de **créer un exercice coordonné entre professionnels de santé** et de **favoriser l'apparition de binôme IDSP-autres professions paramédicales**, toujours avec une idée de **concertation**.

IDSP 012 : « donc ça ouvre d'autres champs d'exercice commun, avec les psychologues, les diététiciennes, toujours en binôme bien sûr. »

IDSP 122 : « Voilà les concertations c'est ça médecins, collègues ; Ca peut arriver avec les autres professionnels de santé, comme je disais tout à l'heure, avec les sage-femme s'il nous envoie des patients. »

4.2.6. Conditions d'exercice des IDSP

4.2.6.1. Initiation de l'activité d'IDSP

Les IDSP rapportent des **difficultés** lors de leur **début de carrière**, que soit sur le fait de démarcher des médecins afin de trouver un lieu d'exercice, ou bien en lien avec l'association ASALEE. Certaines décrivent une lenteur à la mise en place de leur activité.

IDSP 103 : « ça a été très compliqué. Parce que déjà il y a trois ans, on n'entendait pas beaucoup parler d'ASALEE. [...] J'ai peut-être passé une cinquantaine de médecins. Ça m'a pris 1 an à peu près. »

IDSP 117 : « Après ça a mis 9 mois à se faire. Ca a été très long pour moi. Parce que du côté d'ASALEE, les démarches étaient un peu complexes, parce qu'on avait pas de réponse tout de suite. »

4.2.6.2. Modalités techniques d'exercice quotidien

Certaines IDSP partagent leur bureau, d'autres non. Pour certaines, elles bénéficient des services d'une secrétaire attachée à leur lieu de travail, qui peut s'occuper de leur planning ou non. Pour certaines IDSP, il est également possible d'avoir sur leur lieu de travail d'autres professionnels de santé tels que des infirmières libérales, orthophonistes ou kinésithérapeutes.

IDSP 016 : « Alors, ici j'ai mon propre bureau, c'est quelque chose d'important, parce que c'est pas le cas de toutes les infirmières ASALEE. »

IDSP 108 : « à la secrétaire aussi c'est très précieuse une secrétaire euh même pour une infirmière ASALEE. [...] j'ai une secrétaire qui est aidante aussi qui va guider les patients vers moi. »

IDSP 109 : « Je m'autogère au niveau du planning. »

4.2.7. Mode d'exercice des IDSP

4.2.7.1. Absence de journée type

Les IDSP s'accordent sur l'**absence de journée type**, du fait de la diversité de l'activité. **Néanmoins, il existe un exercice routinier**, avec la réalisation de consultation d'une durée variable, où les problématiques du patient sont explorées et écoutées. Il en découle la rédaction du compte rendu de la consultation sur le logiciel du généraliste et d'ASALEE.

IDSP 108 : « Alors y a pas trop de journée type parce que (rires), les journées se suivent et ne se ressemblent pas. »

IDSP 109 : « Quelle est sa problématique éventuellement comment on a avancé, ses ressources, ses freins, ses besoins, et de ses besoins est ce qu'il a pu poser un objectif de santé ou pas. »

IDSP 126 : « On va des fois à domicile pour soulager des patients et faire le point avec eux à la maison. »

4.2.7.2. Les consultations ETP

Les consultations ETP sont la base de l'exercice de l'IDSP.

Elles se servent de l'adressage du médecin afin de recevoir les patients, mais sans guider la consultation sur les attentes du médecin sur la prise en charge ASALEE du patient. Les IDSP décrivent également une orientation possible de leur patient vers d'autres spécialistes si elles en ressentent le besoin pour leur patient.

IDSP 126 : « Je fais essentiellement d'ETP et entretien motivationnel. »

IDSP 015 : « Je vais plutôt laisser dire au patient ce qu'il est venu chercher et voir si ça rejoint l'attente du médecin. »

IDSP 109 : « Aussi éventuellement souvent orienter vers tel spécialité, ou vers tel autre professionnel (*pause*) santé, social, bien-être, fin... loisir, tout ce qui peut les aider à répondre à leurs besoins. »

4.2.7.3. L'activité des IDSP est adaptable

Toutes les IDSP déclarent avoir un **exercice ajustable** en premier lieu à leurs besoins propres, puis aux besoins du patient, à la volonté du médecin et enfin, au territoire sur lequel elles exercent.

IDSP 103 : « c'est nous qu'on est à même de savoir que notre activité pour augmentation de tant de travail, si notre activité nécessite d'augmenter le temps de travail ou pas. »

IDSP 126 : « On va essayer de voir pourquoi il est là déjà, qu'est-ce qu'il a compris de quoi il a envie, et pourquoi le médecin l'envoie. »

IDSP 012 : « Une réinvention selon les besoins des patients, médicaux et mes besoins à moi, est ce que je suis toujours en en accord avec ce que je fais ».

4.2.7.4. La prise en charge alternée

Elle est caractérisée par la réalisation de consultations alternée avec en priorité le généraliste. Elle **peut également se faire avec d'autres professionnels de santé**, pour améliorer la prise en charge du patient.

IDSP 126 : « je trouve intéressant l'idée un jour de faire des consultations alternées, si ça peut aider le... les médecins à trouver du temps aussi. »

IDSP 103 : « j'ai mis en place des ateliers de stimulation cognitive avec la psychomotricienne de la maison de santé. »

IDSP 122 : « Donc on travaille de temps en temps, pas forcément avec les kinés, mais avec la sage-femme. Elle nous en envoi de temps en temps. Normalement elle n'a pas à nous en envoyer, mais bon, ça peut arriver aussi.

La consultation alternée est une **réponse à un manque de temps médical** et **permet de partager la complexité d'un cas** entre professionnels de santé.

IDSP 109 : « Et être à deux, ça permet aussi d'alterner des consultations d'avoir un autre regard et de prendre du recul sur des situations qui peuvent nous aussi, être difficiles. »

Les IDSP mentionnent également des **consultations trinôme** ou des **consultations de synthèse**, qui ont différents buts identifiés ; faire une synthèse une problématique complexe, vérifier la compréhension du patient de son problème de santé, convaincre le patient d'initier un suivi ASALEE en se présentant avec le médecin comme un binôme travaillant de pair.

IDSP 108 : « c'est l'occasion de me présenter à des patients qui sont un peu septiques à l'idée de voir l'infirmière ASALEE donc ça ça m'arrive de rejoindre les médecins. »

IDSP 122 : « on peut faire une consultation à trois quand il y a une problématique identifiée. Ce n'est pas toujours facile de parler d'un problème sur un dossier. [...] Ca nous permet d'être en entretien tous les deux, avec le patient. »

IDSP 012 : « Après on a aussi mis en place des consultations en trinôme dans des cadres bien particuliers notamment le protocole de dépistage des troubles cognitifs [...] on met une consultation en trinôme où on reprend le contexte, le pourquoi. »

4.2.7.5. Le développement du binôme permet de sortir du cadre d'ASALEE

Une bonne entente et compréhension des pratiques de chacun entre généraliste et IDSP permet au binôme de s'affranchir des protocoles ASALEE afin de proposer des consultations « hors protocoles » en réponse à un besoin d'un patient, du médecin ou à une problématique du territoire.

Ces consultations sont liées à l'exercice antérieur de l'IDSP, et peuvent évoluer vers de la coordination de parcours complexe.

IDSP 108 : « moi j'ai on a une petite spécificité au cabinet, c'est à dire que moi j'ai un DU plaies cicatrisation et les médecins y avait de la demande dans leurs patients et même eux-mêmes m'ont fait la demande. »

IDSP 117 : « Et j'ai les consultations de parcours complexes. »

4.2.8. Recherche d'adéquation entre la définition de la prise en charge conjointe et leur activité

L'adéquation entre la définition de la pratique conjointe et le vécu des IDSP de leur pratique avec leur généraliste est atteinte pour la grande majorité des IDSP interrogées. Néanmoins on remarque que cette adéquation est en rapport avec l'ancienneté du binôme ainsi que le degré de maturation du binôme décrit.

IDSP 012 : « Oui je dirai que je suis arrivée à un moment de mon exercice où je suis dans un exercice conjoint. »

IDSP 015 : « En adéquation oui, par rapport aux souhaits de chacun. »

IDSP 015 : « Mais ça se travaille avec les équipes, avec chaque médecin, on n'est pas au même niveau avec les six médecins avec qui je travaille. »

4.2.9. Identification d'éléments moteurs dans la relation IDSP-généraliste

4.2.9.1. Une relation privilégiée entre IDSP et généraliste

Les IDSP décrivent une **relation privilégiée** avec les généralistes avec lesquels elles travaillent. Ceci passe par **l'absence de la hiérarchie** « habituelle » et la création d'un lien de confiance, favorisant leur exercice de façon autonome.

IDSP 126 : « Je suis salariée de l'association mais pas des médecins. Il n'y a pas de hiérarchie. »

IDSP 015 : « Autonomie, ça veut dire que l'on a aussi confiance en nous en tant que soignant dans ce que l'on fait. »

Il existe une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun, décrite comme complémentaires. Selon la maturation du binôme, le suivi IDSP et généraliste se croise et se complète.

IDSP 012 : « Et c'est la force de notre équipe, on a des compétences qui se complètent en fait. »

IDSP 012 : « L'évolution avec le fait que nos consultations s'imbriquent de plus en plus avec le médecin. »

Cette prise en charge commune et complémentaire donne lieu à un **exercice similaire entre les deux principaux acteurs**. L'infirmière élargit ses compétences sur le suivi des patients et devient donc une **infirmière « généraliste »**. Ses attentes, objectifs et préoccupations rejoignent celles du médecin.

IDSP 109 : « on est comme médecin généraliste, souvent ce que j'explique aux patients, je suis infirmière généraliste, je n'ai pas de spécialité. »

4.2.9.2. Au moyen d'une communication efficace

La communication dans le binôme est décrite comme importante et passe par des **temps d'échanges formels** où une réunion avec l'IDSP et le généraliste est prévue dans les agendas de chacun. Il est alors nécessaire de se montrer synthétique. Il existe des **temps d'échanges informels**, décrits comme plus efficace par les IDSP car très réguliers, à demande de chacun. Le temps du repas, est régulièrement décrit comme temps d'échange informel. Il permet également de resserrer les liens dans le binôme avec une notion de partage.

IDSP 103 : « Avec mes 4 médecins et comment, bah ça dépend. Ca peut être entre midi et deux. Par WhatsApp, par texto ou Ça peut être que je monte entre 2 portes. »

IDSP 111 : « Ceci dit on a aussi des réunions de concertation qu'on pose, où là, on pose pendant une heure. On se pose et on réfléchit à ce qu'on va se mettre place ou pas, où là c'est plutôt une fois par mois pour chacun des médecins. »

IDSP 117 : « Et ensuite c'est que de l'informel au quotidien. On va manger ensemble. L'informel ça fonctionne quand même mieux. »

IDSP 015 : « Donc c'est un temps d'échange [le repas] aussi qu'on peut avoir sur tout et n'importe quoi bien sûr, on ne parle pas toujours boulot (*rires*), c'est ce qui permet d'entretenir aussi la coopération

4.2.9.3. Une différence entre « travailler ensemble » et « collaborer »

Une majorité d'IDSP font **une différence entre travailler ensemble** avec un ou plusieurs médecins **et collaborer**. La collaboration vient quand le binôme est réellement créé et travaille de façon conjointe.

IDSP 117 : « Le but de c'est de se concentrer sur les collaborations qui prennent en fait. Ce n'est pas le nombre de médecins qui compte, c'est la qualité. »

4.2.10. IDSP et ASALEE

4.2.10.1. Les IDSP marquent une évolution des pratiques

La majorité des IDSP interrogées soulignent qu'exercer via ASALEE, est le début d'une nouvelle façon d'exercer pour une infirmière et marque une évolution des pratiques.

IDSP 122 : « je peux dire que c'est un nouveau métier, enfin une nouvelle façon d'exercer, et franchement, qui manquait en fait. »

IDSP 016 : « L'exercice coordonné c'est l'avenir de la médecine je pense que nous sommes précurseurs de quelque chose quand même. »

Cette pratique est soumise à **évolution constante**, de par la **motivation des IDSP à transformer le dispositif ASALEE** à leurs besoins ainsi qu'à leurs patients.

IDSP 126 : « Sur l'ensemble d'ASALEE ce qui est intéressant c'est qu'on peut travailler sur des créations de protocoles et donc d'évolution d'ASALEE. [...] Ce qui est chouette dans ASALEE c'est cette évolution-là, de ce qu'on en fait, (*pause, rires*) et ce qu'on peut en faire. »

Un **suivi ASALEE permet au patient de devenir un « patient expert »**. La meilleure compréhension de sa pathologie lui permet de mieux identifier ses besoins médicaux et d'améliorer son observance thérapeutique.

IDSP 001 : « Pour les patients, le temps avec les IDE et du temps pour eux où ils deviennent plus maîtres de leur pathologie. »

IDSP 109 : « On va faire ensemble [l'IDSP et le patient] au mieux et mais c'est eux qui vont dicter les consultations, c'est eux les spécialistes. »

Un début de pratique avec la création de binôme IDSP-généraliste, marque également le début de la création d'une « **équipe de soins primaires** », où l'ensemble des soins

nécessaire pour un patient est réaliser en collaboration par une équipe travaillant sur un même territoire. Cette collaboration est appréciée par les IDSP.

IDSP 122 : « Ce qui est très appréciable, c'est de travailler en équipe, équipe pluri-professionnelle. »

IDSP 111 : « Au même titre qu'on est en train de créer une équipe de soins primaires. »

4.2.10.2. La progression des IDSP

Les IDSP rapportent pour l'ensemble d'entre elles, une **idée de progression** tant personnelle que professionnelle et ce, à travers un exercice quotidien, la réalisation de formations et d'auto-formations ainsi que la réalisation de Diplômes Universitaires (DU).

Cette évolution des pratiques est visible sur la façon de mener une consultation et sur la relation IDSP-généraliste.

IDSP 105 : « Les consultations que je faisais il y a un an ce n'était pas les mêmes, je ne savais pas ce que j'allais faire maintenant, la façon dont j'allais évoluer avec les médecins et eux non plus. »

Les IDSP peuvent également choisir d'évoluer au sein de l'association ASALEE en devenant des membres référents ou formatrices.

IDSP 103 : « Si on veut évoluer dans ASALEE, bah on peut aussi [...] On peut avoir toutes des missions dans ASALEE, que ce soit des missions de formation, des missions de compagnonnage, des missions d'encadrement dans le sens du recrutement. ».

Les IDSP voient leur exercice quotidien comme une « **libération infirmière** », où le travail de réflexion en collaboration avec le généraliste et même d'autres professions paramédicales est au premier plan. Cette libération de l'exercice infirmier rejoint la notion de « sciences infirmières » évoquée plus haut.

IDSP 111 : « Aussi une libération de l’infirmière, (*regarde en l’air*) dans le sens où ce n’est plus qu’une technicienne qui euh... qui obéit aux prescriptions d’un médecin, mais d’un travail de réflexion et collaboration. »

4.2.10.3. Investissement des IDSP dans le territoire

Les **IDSP transforment le territoire** où elles exercent au moyen d’action et de création de projets ponctuels, adaptés aux besoins de la population et aux directives de santé publique. Certaines s’investissent également dans les CPTS.

IDSP 126 : « Je prends aussi un temps mais non systématique pour créer des projets. Alors ça peut être des ateliers marche, les écrans dans les écoles, suivant les besoins du secteur ou des envies que l’on a aussi. »

IDSP 109 : « après c’est au niveau de la CPTS on parle pas du patient, mais plutôt des différents patients dans un territoire, comment améliorer l’accompagnement de la population. »

4.2.10.4. Une volonté de reconnaissance de la part des IDSP

La façon d’exercer le métier d’infirmière, au niveau éducation du patient et l’impact qu’elles ont sur la prise en charge, entraîne une **volonté de reconnaissance** de ce « nouveau » métier, **en tant que spécialité infirmière** auprès non seulement des médecins, mais aussi des instances facultaires et des professions paramédicales.

IDSP 111 : « Ça permet une reconnaissance. [...] Fin, c’est pas qu’on est pas reconnu, pas dans le sens négatif, mais on devrait presque devenir si je peux dire ça comme ça, une « spécialité ». »

IDSP 012 : « Ca veut dire qu’on est aussi reconnu par les « pairs » infirmières et peut être un jour on pourra dire « pairs » avec les médecins, on verra. »

4.2.11. IDSP et IPA

Deux types de relation entre IPA et IDSP sont décrites. Pour une première partie, il existe une nette différence entre IPA et IDSP, où le rôle des IDSP doit rester dans le relationnel et éviter le côté « clinique » et « soins ». Les IDSP partageant cette idée, ne se retrouve pas dans le métier d'IPA et ne décrivent pas d'envie de le devenir.

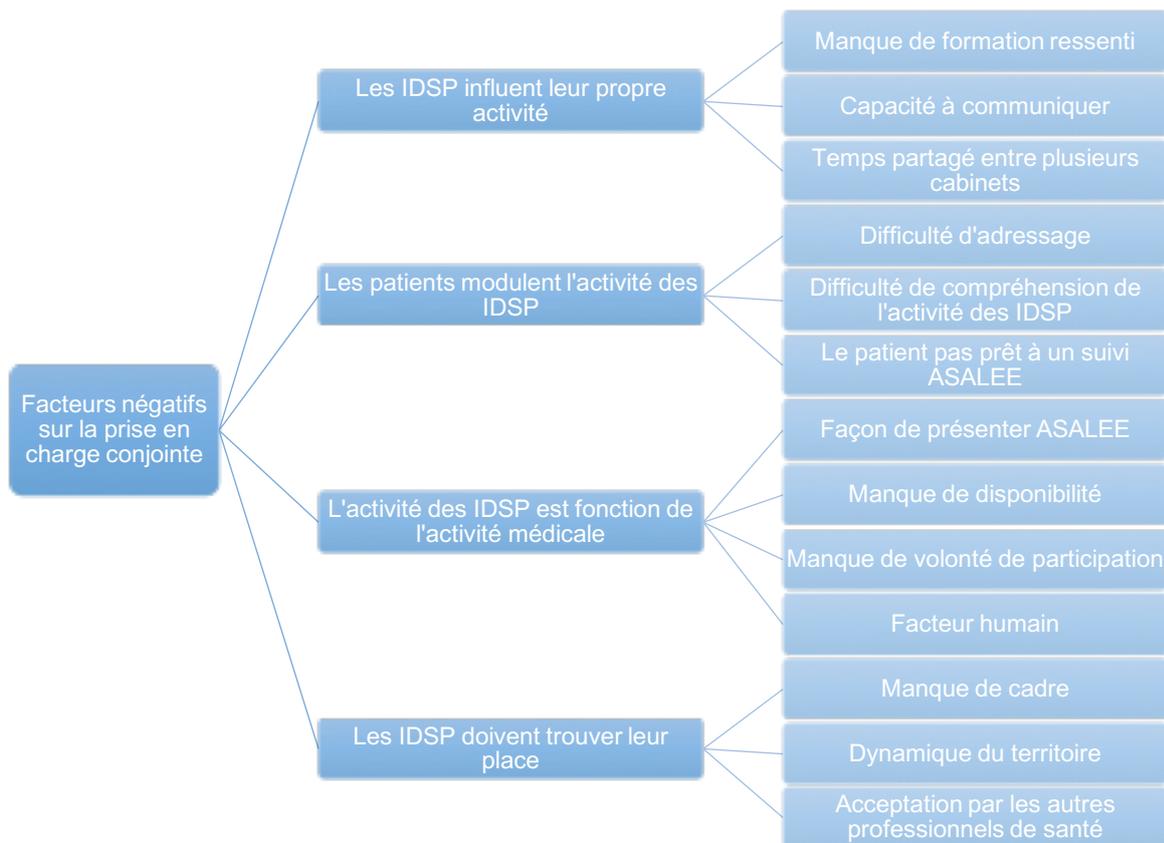
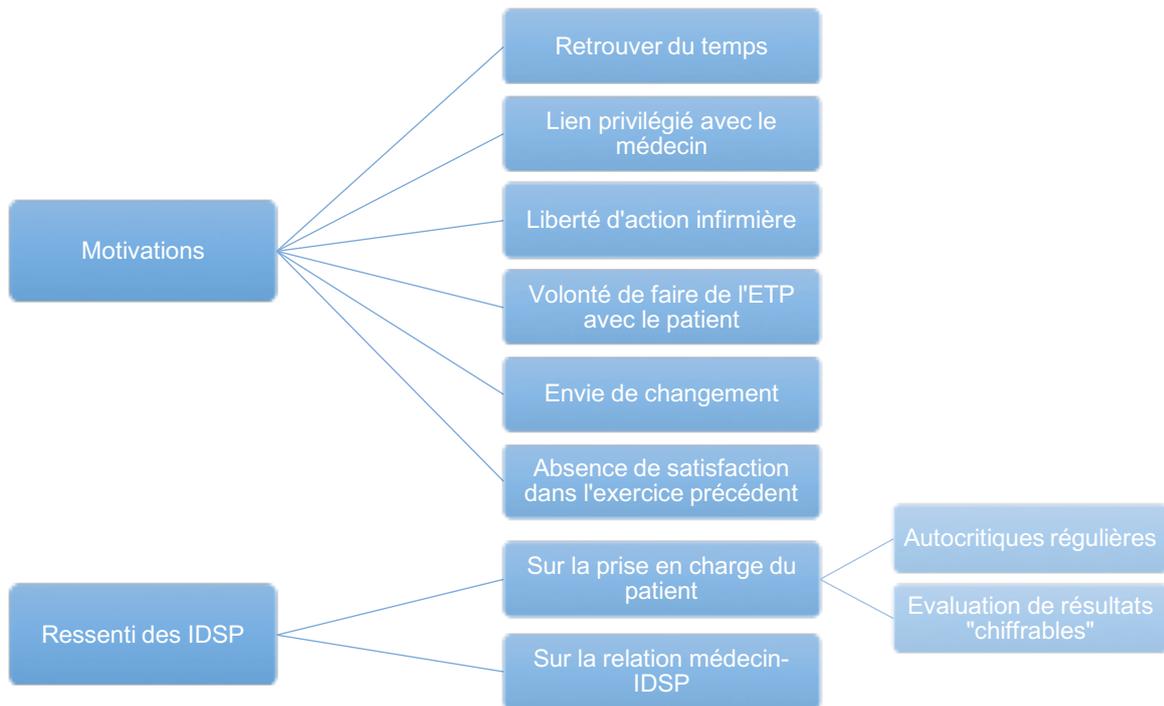
IDSP 117 : « Des demandes de soins non programmés, ça par contre, je les refuse, parce que contrairement à une IPA, notre rôle n'est pas à faire de soins. »

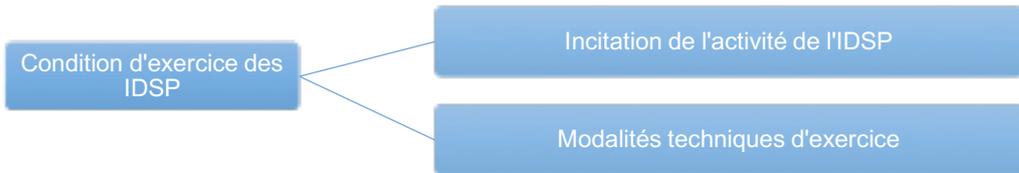
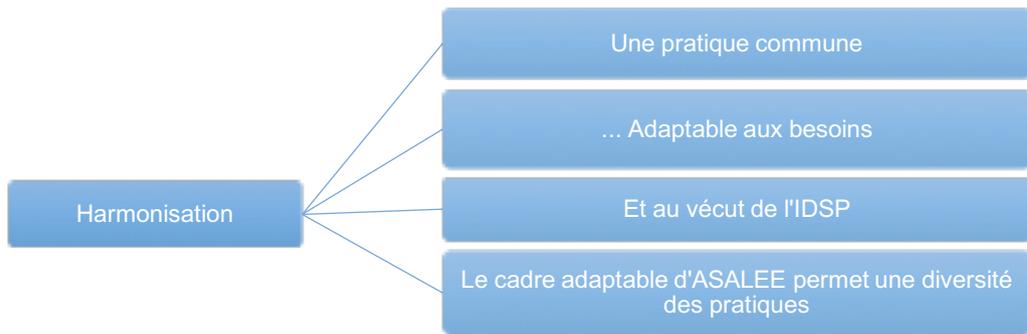
IDSP 109 : « pas dans le sens que je ne me trouve pas forcément compétente, ce n'est pas trop cette problématique-là, mais ce n'est pas mes attentes de mon poste de travail. »

Pour une deuxième partie, **l'IDSP est le précurseur de l'IPA**, et son champ d'exercice peut évoluer si elle le souhaite vers l'IPA, en ajoutant des compétences cliniques à son exercice. Cette transition est facilitée par l'existence d'une équivalence.

IDSP 109 : « L'IPA alors c'est vrai que là dans ASALEE on vient d'apprendre il n'y a pas longtemps, il y a deux trois semaines, je crois, comme quoi on aurait l'équivalence d'un an de validé dans la formation d'IPA.

IDSP 111 : « Je dirai que ça peut des fois sembler un peu floue cette différence entre infirmière ASALEE et Infirmière de Pratique Avancée. »





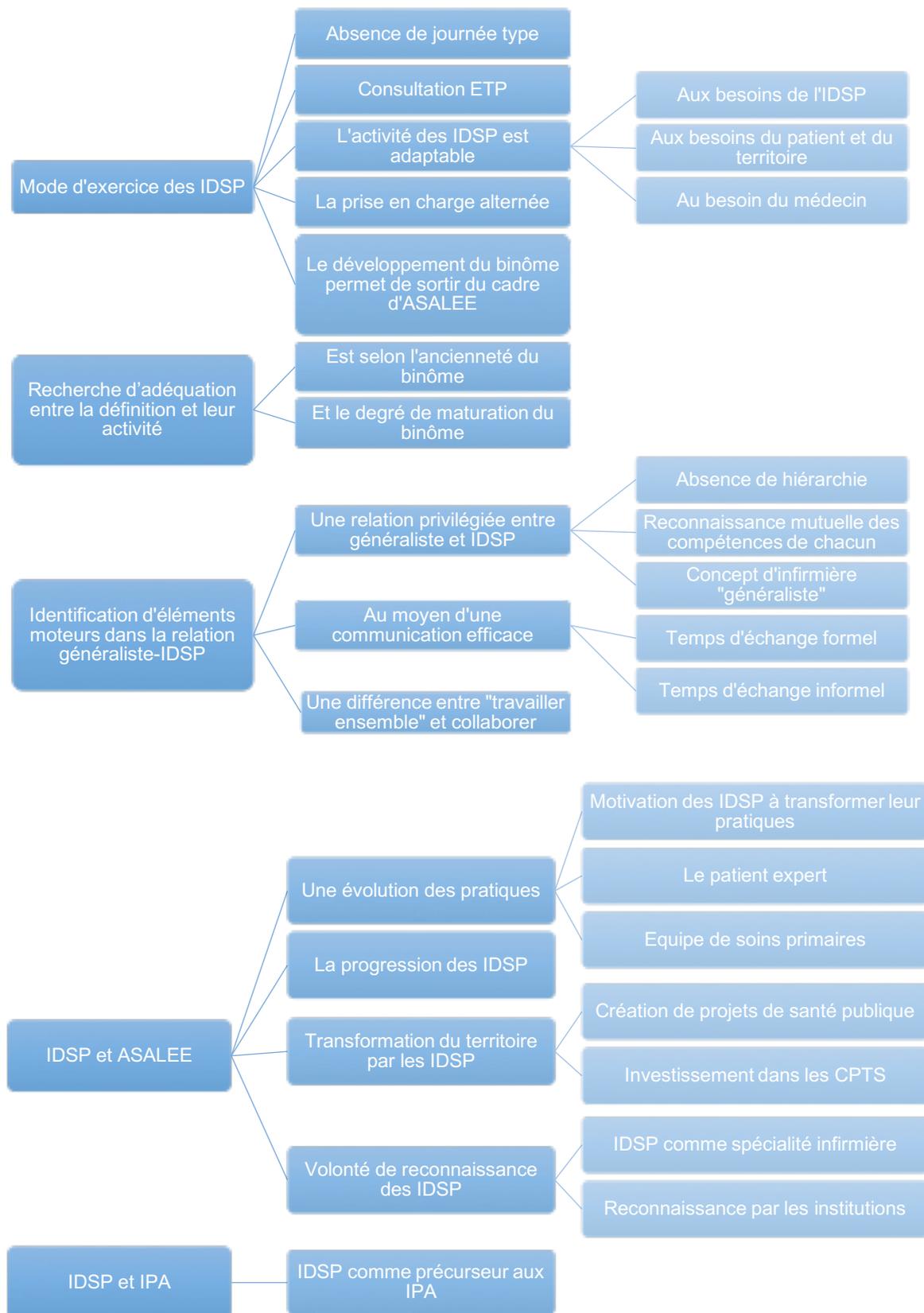


Figure 4 : Arborescence des verbatims

5. Discussion

Ce travail répond aux objectifs initiaux et même plus. En effet, les IDSP expriment une nette satisfaction quant à leur pratique quotidienne et sur les relations qu'elles entretiennent avec les généralistes.

La majeure partie des IDSP déclarent une adéquation entre la définition de la prise en charge conjointe et leur exercice quotidien au moment de leur entretien.

Plusieurs facteurs favorisant ont pu être identifiés, notamment la volonté initiale des généralistes de travailler avec une IDSP, ainsi que leur volonté d'impliquer l'IDSP dans leur exercice quotidien.

Certains concepts ont pu être mis en évidence, notamment le concept d'infirmière généraliste ou encore celui d'infirmière IDSP « spécialisée », avec libération infirmière vis-à-vis de la hiérarchie jusque-là en place et volonté de reconnaissance de leur mode d'exercice de la part des institutions facultaires, gouvernementales et sociales.

Notre étude montre également, que la constitution d'une équipe de soins primaires centrée sur le patient, est prépondérante dans les binômes les plus avancés sur la voie de la coopération.

5.1. Forces et faiblesse de l'étude

Les faiblesses de cette étude sont les suivantes. En premier lieu, on peut supposer que les IDSP volontaires sont celles qui se sentent épanouies dans leur travail ou bien qui ont un binôme « à maturation » avec un ou plusieurs généralistes avec lesquels elles travaillent, ce qui constitue un biais de sélection. De plus, il existe un biais de par le manque d'expérience de la part de l'investigateur principal, au niveau de la réalisation des interviews et de l'encodage.

Au niveau de la forme de l'étude, il s'agit d'une évaluation qualitative sur un ressenti. Il existe donc un biais d'interprétation.

Nous devons opposer ces faiblesses aux forces certaines de ce travail. En effet, la méthode qualitative est la seule façon d'explorer un ressenti. Le questionnaire bien que réalisé par une néophyte a été réalisé sur la base de précédents exemples de

thèses qualitatives concernant ASALEE et validé auprès d'une infirmière en pré-analytique extérieure à l'étude ainsi que par la réalisation d'un premier entretien test. Il est constitué de questions ouvertes afin de permettre des échanges libres et de diminuer l'influence possible sur les réponses.

De plus, nous avons réalisé un double encodage avec un investigateur expérimenté pour harmoniser les catégories des verbatim pour contrebalancer l'inexpérience de l'investigateur principal.

Enfin, le recrutement des IDSP est varié tant sur l'âge, la durée et le type l'expérience professionnelle de l'IDSP et leur répartition géographique.

5.2. Installation idéale d'une IDSP

Au vu des résultats qualitatifs ainsi que d'une revue rapide de la littérature, nous pouvons décrire une « installation » idéale d'une IDSP. Celle-ci travaille sur une seule MSP, avec un nombre élevé de généralistes, initialement volontaires pour l'accueillir. Elle bénéficie d'un bureau qui lui est propre et réalise des consultations ETP. Elle s'inscrit dans une volonté de transformation du territoire par la réalisation de projets de santé publique. Ses consultations sont longues, adaptées à la problématique du patient plus que celle du médecin. Les IDSP bénéficient de temps de concertations formels et informels qui servent à définir la collaboration avec le généraliste.

5.3. Une réorganisation des soins primaires en marche

Le dispositif ASALEE s'inscrit dans une dynamique de transformation des soins primaires (17). La première idée de cette thèse est la réalisation d'une distinction entre le « travailler ensemble » et la collaboration IDSP-généraliste. En effet, ce concept est déjà mentionné dans le travail de A. Afrites et J. Mousques au travers d'une « maturation » du binôme IDSP-généraliste (18). Cette notion s'appuie sur l'étude de plus de 1600 binômes où l'hétérogénéité des pratiques et des relations étaient une des conclusions.

5.4. Un besoin de reconnaissance de la science infirmière

Les infirmières bénéficient depuis quelques années de leur propre ordre (Ordre National des Infirmiers créé en 2008) ainsi que d'un code de déontologie depuis 2016. Cette avancée est le premier pas pour la reconnaissance d'une science infirmière conduisant à une libération des infirmières et leur affranchissement de la hiérarchie médecin-infirmière jusqu'alors établie.

Cette reconnaissance et libération infirmière est également constatée chez nos confrères anglo-saxons, où l'intégration dite verticale du patient, contribue à faire évoluer son traitement, du « *cure* » vers le « *care* » et ce avec un rôle prépondérant de l'infirmière (19).

Dans un travail de l'IRDES de 2019, il est intéressant de relever que les IDSP sont qualifiées « IPA » spécialisées en santé publique (20). L'usage de ce terme n'est pas anodin, et il rejoint la demande infirmière de reconnaissance de leurs compétences.

5.5. Vers une IDE généraliste / IDSP spécialisée

Le concept d'infirmière généraliste évoqué dans ce travail est nouveau. A travers cette notion, on peut évoquer les points suivants. Le fait de travailler avec un généraliste en étroite collaboration et d'une façon libérale, permet de s'adapter à son exercice mais les IDSP doivent également adapter leur façon de faire. Depuis 2002, les « généralistes » sont des spécialistes en médecine générale. Finalement, les infirmières ASALEE sont le pendant infirmier de la médecine générale. Elles sont « spécialisées » dans le soin primaire.

D'une manière non officielle, les IDSP interrogées ont souvent mentionné un certain degré de similitude entre les IPA et les généralistes, tout en faisant une nette distinction avec leur activité de santé publique. En effet, plusieurs ont fait une comparaison entre le manque de temps pouvant être accordé au patient, ou bien la charge de travail qui était allouée aux IPA faute de temps médical. Ces points négatifs étaient des facteurs avoués d'absence d'envie d'évolution vers l'exercice d'IPA.

Finalement, travailler avec un médecin généraliste d'une façon rapprochée c'est prendre un peu de son exercice mais aussi de ses inconvénients.

5.6. L'exercice coordonné, l'avenir ?

Notre étude montre que pour qu'il existe un trinôme patient-médecin-IDSP, il faut au préalable un binôme fonctionnel où la collaboration dépasse le stade du travailler ensemble. La création de cette relation est primordiale et montrée dans plusieurs études (17). Pour reprendre les mots de E. Deloubes dans sa thèse d'exercice : « les trois critères fondamentaux d'une bonne collaboration sont le respect mutuel, la compréhension des rôles de chaque professionnel et une communication efficace. » (15) (21) (22).

Dès 2008, la HAS émettait des recommandations sur l'exercice coordonné. Il faudra attendre quelques années et les travaux de l'IRDES à partir de 2014 pour étudier cet exercice coordonné (6).

L'institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), réalise plusieurs travaux de recherche, d'une part sur ASALEE et d'autre part sur la coopération entre professionnels de santé. Deux types d'organisations nouvelles sont recensées : la coopération entre médecin-infirmière-patient et la coopération médecin-infirmière (17). L'existence d'une telle collaboration triangulaire implique une redistribution des tâches sur les trois acteurs au travers d'une collaboration. On assiste à une redistribution ainsi qu'une délégation des actes du médecin, un élargissement des compétences de l'infirmière. Finalement, la coopération n'est pas un processus imposé, mais plutôt un « ordre négocié » (Strauss 1992), construite « au moyen d'ajustements quotidiens » (Fournier et al. 2018). Cette façon d'exercer est reprise dans *Prescrire* en 2010, où il était déjà mentionné d'une collaboration et d'une satisfaction globale des deux entités du binôme (23).

En 2022, une thèse d'exercice de médecine générale explore la relation triangulaire entre IDSP, généraliste et patient au moyen d'une consultation annuelle de synthèse. (11) L'une des conclusions de ce travail, est que la relation traditionnelle médecin généraliste-patient évolue vers une relation triangulaire médecin-patient-IDSP où la hiérarchie « ancienne » disparaît. Le patient est donc au sommet d'une pyramide, où la base est formée par le binôme IDSP-médecin généraliste, travaillant de concert pour donner les clefs au patient de sa propre prise en charge.

Le concept d' « empowerment » du patient désigne la capacité d'un individu à se saisir de santé et de sa prise en charge, en s'émancipant des décisions collectives ou individuelles (Freire, 1982). Par la suite, l'OMS définit l'empowerment par « un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé ».

Ces différentes études peuvent se résumer en une phrase dans l'article du Dr Fayn, « les patients ne se font plus soigner, ils se soignent. » (24). Cette approche centrée-patient, développée à partir des travaux de Balint et Rogers est intégrée à la formation des internes de médecine générale au travers de leur cours de Diplôme d'Etude Spécialisé (DES), défini par le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) et constitue le cœur de la marguerite des compétences du généraliste (25).

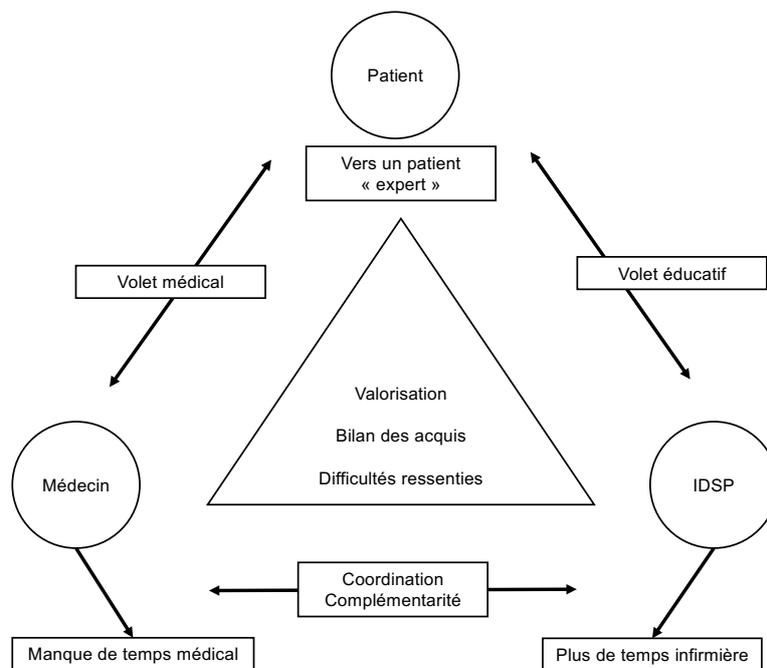


Figure 5 : La relation triangulaire entre IDSP, généraliste et patient. Adapté d'après L. Landrein

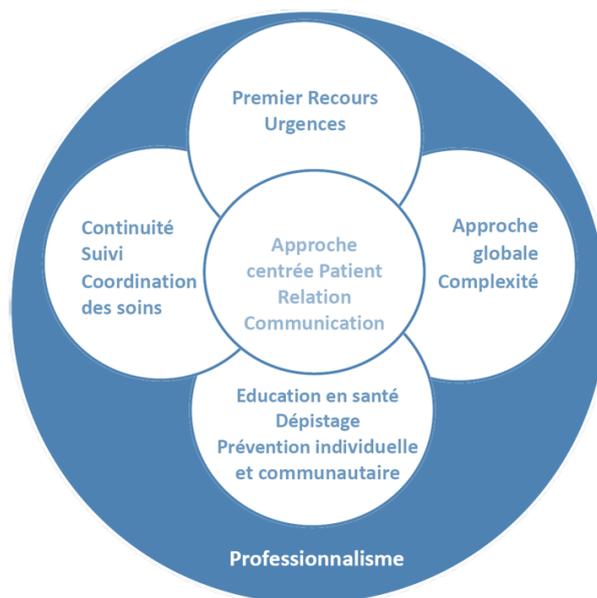


Figure 6 : Marguerite des compétences du généraliste. (d'après le CNGE)

5.7. Rapport triangulaire IDSP-généraliste-patient

En 2017, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) demande une réflexion pluridisciplinaire à la Chaire de Santé de Sciences Po sur l'organisation des soins primaires en France. L'une des principales conclusions est que les soins primaires doivent évoluer et s'organiser autrement qu'autour de la figure du médecin généraliste isolé. Le concept d' « équipe de soins primaires coordonnée » est né (26).

On peut également citer en exemple la thèse d'exercice des Docteurs Puthod et Rougeron où il est déjà mentionné dans les résultats que l'exercice d'infirmière de santé publique est infirmière-dépendante et aussi patient-dépendant (27).

5.8. Devenir du généraliste ?

L'IRDES a réalisé en 2021 une bibliographie systématique sur la place du généraliste dans l'ETP des patients. Après analyse, il en ressort que le généraliste doit garder une place centrale dans l'éducation des patients afin de garder une bonne relation médecin patient, tout en déléguant ce qu'il est possible de déléguer tant aux IDSP, IPA, ou chez nos confrères anglophones *nurse practitioner*. En effet, la multiplicité des intervenants

sur l'éducation à la santé est bénéfique au patient en lui permettant de mieux s'approprier sa pathologie et ses besoins (28).

Après études des résultats de cette thèse, nous pensons que la prise en charge conjointe du patient via le binôme généraliste-IDSP ou de façon plus large au moyen d'une « équipe de soins primaires ».

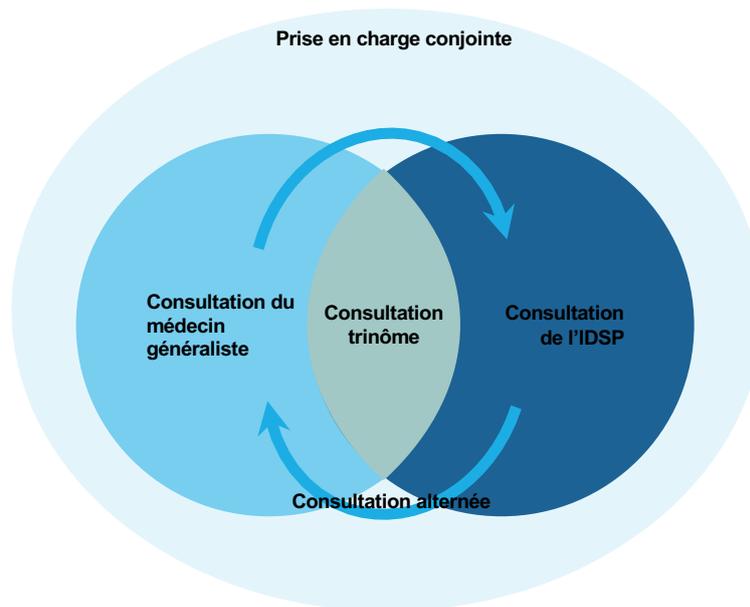


Figure 7 : Illustration de la prise en charge conjointe

Une méta-analyse de 2018 portant sur la substitution infirmière vis-à-vis de l'éducation à la santé décrit une efficacité supérieure pour la santé du patient. Néanmoins, il n'y a pas eu d'étude au niveau des coûts engendrés. L'efficacité était visible au niveau de la satisfaction du patient ainsi qu'au niveau quantitatif tel que sur des taux de mortalité (28) (21) (29).

Il est également intéressant de constater qu'en guise de conclusion, les mêmes interrogations se posent ; à savoir comment est-ce que les infirmières et les médecins travaillent-ils ensemble ?

6. Conclusion

En France l'accès aux soins primaires est laissé en grande partie à la gestion des professionnels de santé (hors pharmaciens) (30). Il existe également un déséquilibre entre le nombre d'infirmière et de médecin formés par an (1).

Pour répondre à la dégradation de ce ratio, de multiples propositions ont été faites au travers d'une transformation des soins primaires. L'abandon de l'exercice solitaire du médecin généraliste au profit de la création d'équipe de soins primaires, avec l'apparition de nouveaux métiers afin de créer une délégation de tâche afin de libérer du temps médical. Les « nouveaux » métiers tels que les IDSP et IPA naissent de cette réflexion mais aussi d'inspirations Outre-Atlantique.

Ce travail confirme que la transformation est en marche et fonctionne du point de vue des IDSP suite à un bon ressenti sur leur exercice quotidien ainsi qu'au niveau de l'exercice conjoint avec le généraliste.

La disparité des pratiques conjointes fait écho à la multiplicité des modes d'exercices de la médecine libérale et finalement à l'exercice infirmier. Ce qui expose les défis rencontrés et à venir (17). Ceci n'est pas sans conséquence sur le patient, car la création d'un exercice coordonné qui lui est adapté au niveau médical et intégré à son territoire, lui est bénéfique, créant ainsi un patient expert (31) (32) (33)

En conclusion, nous pouvons dire que la France rejoint les autres pays plus avancés sur la transformation des soins primaires tels que les USA, le Canada, la Nouvelle-Zélande ou bien encore plus proche, le Royaume-Uni et la Belgique. Le terme d'IDSP ou d'IPA se superposant à celui de *nurse practitioner*.

7. Références

1. Anguis M. Bergeat M. Pisarik J. Vergier N. Chaput H. Monziols M. et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DRESS. 2021; (76):74.
2. Berland Y. Mission « Démographie des professions de santé ». Paris; 2002.
3. Sibbald B. Shen J. Mcbride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. J Health Serv Res Policy. janv 2004;9(1_suppl):28-38.
4. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. IRDES. mars 2003;(65):4.
5. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. juill 21, 2009.
6. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Droit Déontologie Soins. sept 2008;8(3):278-330.
7. Harousseau J. Avis n°2012.0006/AC/SEVAMASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité de soins et l'allocations optimisées de la disponibilité des « professionnels de santé » sur le territoire concerné [Internet]. Avis n°2012.0006/AC/SEVAM mars 22, 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-08/decision_pc010_s2.pdf
8. Asalée [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <http://asalee.org/>
9. Romain P. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. 2015;120.
10. Dadena E. Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vue des patients. [Toulouse]: Université de Toulouse III; 2017.
11. Landrein L. Evaluation du ressenti des patients diabétiques de type II à propos de la consultation trinôme (médecin, infirmière ASALEE, patient) : étude qualitative. Université de Poitiers; 2022.
12. Siebert P. Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux: pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. Sciences du Vivant. 2017;186.
13. Py R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. [Limoges]: Faculté de Médecine de Limoges; 2015.

14. Hughier R. Les infirmière(e)s ASALEE dans la gestion de la crise Covid-19 en 2020. [Amiens]: Faculté de Médecine d'Amiens; 2021.
15. Deloubes E. Quel est le ressenti des infirmières ASALEE sur le recrutement des patients diabétiques de type 2 par le médecin généraliste ? [Tours]: Université de Tours; 2020.
16. INSEE. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations. INSEE Références; 2021.
17. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Quest Econ Santé*. avr 2018;(232):9.
18. Afrite A. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. *Quest Econ Santé*. févr 2019;(239):1-8
19. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:120-31.
20. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins: *Rev D'économie Polit*. 17 sept 2019;Vol. 129(4):489-524.
21. Rizany I, Hariyati RTS, Handayani H. Factors that affect the development of nurses' competencies: a systematic review. *Enferm Clínica*. févr 2018;28:154-7.
22. Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment: *Health and workplace*. *J Adv Nurs*. mai 2003;42(3):260-8.
23. L'association ASALEE : une coopération médecin-infirmière. *La Revue Prescrire*. avr 2010;303.
24. Fayn MG, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient: *Rech En Sci Gest*. 24 nov 2017;N° 119(2):55-73.
25. Balint M. The Doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*. 2 avr 1955;
26. Bergeon H, Moyal A. Quel avenir pour les soins de santé en France ? In Paris: Sciences Po; 2017. p. 77.
27. Puthod E, Rougeron G. Vécu de la maladie et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE: une étude qualitative. [Grenoble]: Faculté de médecine de Grenoble; 2019.
28. Safon MO. L'éducation thérapeutique du patient. La place des médecins généralistes. Paris; 2021 p. 320. Report No.: ISBN 976-2-87812-534-4.

29. Laurant M. Van der Biezen M. Watananirun K. Kontopantelis E. Van Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;Issue 7(No.: CD001271).
30. Le Gall O. Magnien M. Jouen V. Vincent B. La régulation du réseau des pharmacies d'officine. Paris: Inspection Générale des Finances; 2016 oct p. 356. Report No.: 2016-M-016.
31. IRDES. Evaluation Asalée : Daphnee : Protocole d'évaluation. Paris: IRDES; 2017 p. 36.
32. 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. 2016;78.
33. Fournier C. Troisoeufs A. Éduquer le patient ou transformer l'action publique : un espace d'expression pour les patients. *Commentaire. Sci Soc Santé.* 2018;36(2):33-41.



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

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. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Fiche d'enregistrement de la thèse auprès du comité RGPD de l'Université de Poitiers



Etat des lieux de la pratique conjointe des infirmières ASALEE : le ressenti des IDSP, une étude qualitative

Entité : Université de Poitiers
Domaine : Recherche Santé
12/10/2022

Description générale

Nom du traitement

Etat des lieux de la pratique conjointe des infirmières ASALEE : le ressenti des IDSP, une étude qualitative

Description

Thèse en médecine générale
Étude de l'adéquation entre l'activité de l'IDSP et sa propre définition de la prise en charge conjointe. Identification de facteurs influençant la prise en charge conjointe. Satisfaction vis à vis de l'activité exercée. Exploration de la pratique conjointe et estimation de l'harmonisation des pratiques.

Acteurs

Type d'acteur	Nom	Adresse	Code postal	Ville	Pays	Téléphone
Délégué à la protection des données	DPO	15 Rue de l'Hôtel Dieu	86000	Poitiers	France	05 49 45 30 00
Responsable du traitement	Université de Poitiers	15 Rue de l'Hôtel Dieu	86000	Poitiers	France	05 49 45 30 00
Référent opérationnel	TOURGIS Léa	6, rue de la milétrie	86073	Poitiers	France	063641405 6
Directeur de thèse	Archambault Pierrick	6, rue de la milétrie	86073	Poitiers	France	05 49 45 43 43

Finalités

Type de finalité	Description des finalités
Finalité principale	Étudier le ressenti des IDSP sur la prise en charge conjointe en médecine générale appartenant au réseau ASALEE
Sous-finalité 1	Enregistrer les échanges verbaux en distanciel en vue d'une transcription

Personnes concernées

Catégorie de personnes concernées	Commentaires
Infirmières de santé publique	infirmières de santé publique (IDSP) appartenant au réseau ASALEE

Destinataires

Catégorie	Service interne qui traite les données

Données à caractère personnel

Etat-civil, identité, données d'identification	
Durée de conservation	2 ans
Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, hors données sensibles ou dangereuses...)	
Durée de conservation	2 ans
Vie professionnelle (CV, scolarité formation professionnelle, distinctions...)	
Durée de conservation	2 ans

8.2. Annexe 2 : Email de recrutement envoyé aux IDSP participants au protocole ASALEE

Bonjour à tous,

Je me nomme Léa Tourgis, je suis interne en médecine générale à la faculté de Poitiers et je réalise ma thèse sur l'évaluation du ressenti des IDSP sur la prise en charge conjointe des patients.

Je suis à la recherche d'infirmières ASALEE volontaires pour un court entretien par visio d'une durée approximative de quinze minutes.

Si vous pensez être intéressée et disponible pour ce travail, n'hésitez pas à vous manifester à l'adresse email suivante :

En vous remerciant par avance,

Léa Tourgis

8.3. Annexe 3 : Guide d'entretien première version

1. Pourriez-vous vous présenter ainsi que votre parcours professionnel ?
2. Quelles ont été vos motivations à entrer dans le dispositif Asalée ?
3. Pouvez-vous décrire votre installation dans le/les cabinets médicaux où vous travaillez ?
4. Pourriez-vous décrire l'une de vos journées « type » en temps qu'IDSP ?
5. Quels types de consultations réalisez-vous ?
6. Que vous évoque la pratique conjointe IDSP/MG ?
7. Comment, avec qui et à quelle fréquence échangez-vous sur votre pratique quotidienne ?
8. Existe-t-il des facteurs influençant votre activité, dans le bon ou le mauvais sens ?
9. Combien de différentes façons d'exercer votre métier connaissez vous ?
10. Etes-vous satisfaite de votre exercice quotidien ?
11. Aimeriez-vous réaliser votre exercice différemment ? Si oui, de quel(les) façon(s) ?
12. Que pensez-vous de l'harmonisation des différentes pratiques du métier d'IDSP entre les différents lieux d'exercice et acteur du dispositif ?
13. Quelles évolutions avez-vous constaté dans le mode d'exercice d'IDSP ?
14. L'activité que vous exercez actuellement est-elle en adéquation avec votre définition de la prise en charge conjointe ? Si oui/non, pourquoi ?

8.4. Annexe 4 : Guide d'entretien dernière version

1. Merci de vous présenter ainsi que votre parcours professionnel.
2. Quelles ont été vos motivations à entrer dans le dispositif Asalée ?
3. Décrivez votre installation dans le/les cabinets médicaux où vous travaillez ?
4. Décrivez l'une de vos journées « type » en temps qu'IDSP ?
5. Quels types de consultations réalisez-vous ?
6. Comment définiriez-vous la pratique conjointe IDSP/MG ?
7. Comment, avec qui et à quelle fréquence échangez-vous sur votre pratique quotidienne ?
8. Quels sont les facteurs influençant votre activité, dans le bon ou le mauvais sens ?
9. Combien de façons différentes d'exercer votre métier connaissez-vous ?
10. Comment évaluez-vous votre exercice quotidien ?
11. Si vous deviez exercer différemment, comment feriez-vous ?
12. Que pensez-vous de l'harmonisation des différentes pratiques du métier d'IDSP entre les différents lieux d'exercice et acteur du dispositif ?
13. Quelles évolutions avez-vous constaté dans le mode d'exercice d'IDSP ?
14. L'activité que vous exercez actuellement est-elle en adéquation avec votre définition de la prise en charge conjointe ?
15. Comment évaluez-vous la relation avec vos médecins ?
16. Est-ce que vous souhaiteriez ajouter des remarques à cet entretien ?

8.5. Annexe 5 : Autorisation d'enregistrement et d'exploitation de données enregistrées



Autorisation de captation et d'exploitation d'images, d'enregistrements audio et / ou vidéo

Vu le Code civil, en particulier son article 9,
Vu le Code de l'éducation,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,
Vu la Loi Informatique et libertés,
Vu le Règlement général sur la protection des données,

Civilité	M. <input type="checkbox"/>	Mme. <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Adresse		
Code postal / Ville		
Adresse électronique		

Dans le cadre de l'étude du ressenti des Infirmières Déléguées à la Santé Publique sur la prise en charge conjointe, Léa TOURGIS, interne en médecine générale organise un entretien semi directif et souhaite vous filmer et enregistrer la toute la vidéo associée dans le but de réaliser une étude qualitative.

L'exploitation et la conservation des données collectées se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. Les enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée.

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de rectification et de retrait de votre consentement.

Titre de la thèse	État des lieux de la pratique conjointe des infirmières ASALEE : le ressenti IDSP appartenant au protocole ASALEE.		
But du projet (finalité)	Etude du ressenti des Infirmières Déléguées à la Santé Publique sur la prise en charge conjointe		
Investigateur(s) et personne(s) responsables(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	TOURGIS ARCHAMBAULT	Léa Pierrick	Investigateur principal Directeur de thèse
Captation	Photographie <input type="checkbox"/>	Voix <input type="checkbox"/>	Vidéo X
Exploitation	Durée	2 ans après la dernière publication	
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant)	Diffusion de la thèse au niveau de la faculté, journaux scientifiques, congrès de médecine.	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique X
Conservation	Durée	2 ans, puis archivage par les services facultaires.	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique X
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	Déléguée à la protection des données - dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de photographie(s) de ma personne / ma voix / d'images vidéo et de ma voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____
Signature

9. Résumé

Introduction ; L'association ASALEE repose sur une collaboration entre Infirmière Déléguée à la Santé Publique (IDSP) et médecin généraliste pour la prise en charge de patient en soins primaires. De leur collaboration découle l'exercice de l'IDSP.

Objectif : Recueillir le ressenti des IDSP sur la prise en charge conjointe des patients en soins primaires pour étudier la relation IDSP-médecin généraliste.

Matériel et méthode : Réalisation d'une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 IDSP sur le territoire français.

Résultats : La prise en charge conjointe entre IDSP et généraliste correspond aux objectifs d'exercice des IDSP. Celle-ci est influencée par divers facteurs : humain, matériel et relationnel.

Discussion : L'apparition de délégation de tâche et la création de nouveaux métiers dédiés aux soins primaires a profondément transformé organisation des IDSP en France. L'exercice coordonné est soumis à une bonne entente du binôme pour pouvoir créer une « équipe de soins primaires » centrée sur le patient, et ainsi lui donner les moyens de s'approprier sa pathologie et ses besoins. Cette modalité d'exercice en binôme met en valeur les compétences infirmières, complémentaires à celles du médecin. L'absence de hiérarchie contribue à une libération de l'infirmière.

Mots clefs : infirmière, IDSP, ASALEE, médecin généraliste, prise en charge conjointe, soins primaires, binôme, trinôme, exercice coordonné, centré-patient, patient-expert, collaboration, IPA.

