



Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALÉE : étude qualitative par entretiens individuels

Pauline Doazan Daussin

► To cite this version:

Pauline Doazan Daussin. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALÉE : étude qualitative par entretiens individuels. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02087548

HAL Id: dumas-02087548

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

Submitted on 2 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

DOAZAN épouse DAUSSIN, Pauline, Marie

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2018

Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec
un infirmier ASALEE : étude qualitative par entretiens individuels

Président : Monsieur BOIRIE Yves, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Madame ROUGE Laure, Docteur, Gannat

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

DOAZAN épouse DAUSSIN, Pauline, Marie

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2018

Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec
un infirmier ASALEE : étude qualitative par entretiens individuels

Président : Monsieur BOIRIE Yves, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Madame ROUGE Laure, Docteur, Gannat

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'Auvergne

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique

M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie

M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie

M. MERLIN Etienne
Mme TOURNADRE Anne
M. DURANDO Xavier
M. DUTHEIL Frédéric
Mme FANTINI Maria Livia
M. SAKKA Laurent

Pédiatrie
Rhumatologie
Cancérologie
Médecine et Santé au Travail
Neurologie
Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne
M. VORILHON Philippe

Médecine Générale
Nutrition Humaine
Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mme BOUTELOUP Corinne
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe

Biophysique et Traitement de l'Image
Nutrition
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

Monsieur le Professeur Yves BOIRIE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt dont vous avez fait preuve et pour vos conseils lorsque je vous ai présenté mon travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Marc RUIVARD,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury et je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Hélène VAILLANT-ROUSSEL,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté de faire partie de ce jury. Veuillez recevoir ici le témoignage de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Benoît CAMBON,

Tu me fais l'honneur de codiriger cette thèse. Je te remercie de ton expertise dans la méthode qualitative, de ton soutien et de tes nombreuses relectures. Merci également d'avoir participé à former le médecin généraliste que je suis devenue. C'est toujours un plaisir de te remplacer à Gannat. Trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Laure ROUGE,

Tu me fais l'honneur de codiriger cette thèse. Je te remercie d'avoir accepté de te lancer avec moi dans l'aventure du qualitatif. Merci de ton soutien et de ton écoute tout au long de ce travail. Je te remercie également pour ton investissement lors du SASPAS et pour les remplacements qui ont suivi (et qui continuent !). Trouve ici le témoignage de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude et à leurs infirmières et infirmier ASALEE, vous avez permis la réalisation de ce travail, merci pour votre accueil.

A Madame le Professeur Hélène HANAIRE, merci de m'avoir appris tant de connaissances sur le diabète et l'éducation thérapeutique pendant mon externat toulousain. Merci pour ces quatre stages effectués dans votre service.

A tous les médecins qui m'ont formée pendant mon internat, pour la transmission de votre savoir et de votre savoir-faire.

A tous les médecins que j'ai remplacés à Gannat, Broût-Vernet et Châtel-Guyon, pour votre confiance.

A tous mes amis d'enfance et ceux rencontrés pendant mes études de médecine à Toulouse puis en Auvergne.

A mes parents, pour votre soutien et votre exemple tout au long de mes études. En assistant à vos thèses en 1991, je n'imaginais pas encore qu'un jour mon tour viendrait. Vous avez toute mon admiration pour avoir réalisé vos thèses en même temps avec deux enfants.

A mes sœurs Marie et Hélène et à mes frères Jean-Etienne et Pierre-Jean, pour votre accompagnement à chaque période de révisions et votre soutien. Et bienvenue à Yannick dans la famille !

A Maya, pour ton accueil et ton soutien pendant mon externat. J'espère que Patou est fier de moi aujourd'hui.

A Tiennot et Mamilie, pour votre présence. Je suis fière de suivre l'exemple de mon grand-père paternel en étant médecin généraliste.

A Olivier, mon parrain, pour ta présence, ton soutien et les pauses musicales pendant mon externat.

A ma belle-famille pour votre présence chaleureuse.

A Antoine, pour ton amour, ton soutien au quotidien et ta patience pendant l'élaboration de cette thèse.

A Louis et Alexis, pour le bonheur que j'ai d'être votre maman.

A Bébé, j'ai hâte de te tenir dans mes bras en septembre.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	14
2	METHODE	16
2.1	Recrutement des patients	16
2.2	Entretiens semi-directifs	17
2.3	Guide d'entretien	18
2.4	Retranscription des enregistrements.....	19
2.5	Analyse des retranscriptions	19
3	RESULTATS.....	20
3.1	Caractéristiques des patients	20
3.2	Des attentes différentes selon les patients	22
3.3	Un moment de discussion qui motive.....	22
3.4	Un apport de connaissances	26
3.5	Des changements de comportement.....	29
3.6	Des résultats visibles	33
3.7	Amélioration du vécu de la maladie et bien-être	33
3.8	Des patients satisfaits d'ASALEE	34
3.9	Des questions en suspens	35
3.10	Schéma des résultats principaux.....	38
4	DISCUSSION	39
4.1	Principaux résultats.....	39
4.2	Forces de l'étude	39
4.3	Faiblesses de l'étude	40
4.4	Un nouveau mode de soin basé sur la coopération médecin traitant-infirmier.....	41
4.5	Des changements de comportement.....	44
4.6	Critères d'efficacité de l'éducation thérapeutique	45
4.7	ETP en groupe	46
4.8	Sophia, autre système d'ETP pour les patients diabétiques	47
5	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	50
	ANNEXES.....	54
	Annexe I : Courrier IDE.....	54
	Annexe II : Note aux patients	55
	Annexe III : Consentement éclairé.....	56

ABREVIATIONS

ADO : Anti Diabétique Oral

ALD : Affection Longue Durée

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

ECG : Electrocardiogramme

ENTRED : Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques traitées

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FO : Fond d'Œil

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDSP : Infirmier Délégué à la Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IPA : Infirmier de pratique avancée

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

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1 INTRODUCTION

Le diabète est une maladie en pleine expansion. Selon l'OMS, dans le monde en 2014, on comptait 422 millions de personnes atteintes d'un diabète contre 108 millions en 1980. La prévalence mondiale du diabète a ainsi augmenté de 4.7% en 1980 à 8.5% en 2014 (1). En France en 2011, la prévalence du diabète traité était estimée à 4.6%, soit plus de 3 millions de personnes. Sur les dix dernières années, le nombre de personnes traitées pour un diabète a augmenté en moyenne de 5% par an (2). Le diabète de type 2 représente plus de 90% des diabètes rencontrés (3) et est principalement pris en charge par les médecins généralistes (MG). Le suivi du patient diabétique par les MG est donc un enjeu de santé publique.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet d'améliorer l'équilibre des patients diabétiques (4,5). Pour l'OMS, "l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec la maladie". De nombreux programmes hospitaliers et extrahospitaliers proposent un accompagnement des patients diabétiques de type 2. Dans le Puy-de-Dôme et dans l'Allier, on rencontre notamment Diabète 63, Sophia, l'Association Réseau Vichy Diabète (maintenant Association Réseau Métabolique Allier) et ASALEE.

ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) est une coopération entre des médecins généralistes et des infirmiers. Les médecins généralistes délèguent aux infirmiers des consultations d'éducation à la santé concernant le diabète, les facteurs de risque cardio-vasculaires les consultations de dépistage des troubles cognitifs après 75 ans, le dépistage de la BPCO par spirométrie ... Les infirmiers ont accès au dossier du patient sur lequel ils peuvent noter leurs consultations. Ils font des réunions de synthèse régulièrement avec les médecins traitants. Les infirmiers ont bénéficié au préalable d'une formation théorique et pratique leur donnant une compétence en ETP. Des actes dérogatoires prodigués par l'IDE ont été validés par la HAS parmi lesquels la prescription d'examen (HbA1c, microalbuminurie, créatininémie, dosage du cholestérol, FO) ou encore l'examen des pieds. En 2017, l'association ASALEE regroupait ainsi 533 IDE (267 IDE équivalent temps plein) et 1 959 MG répartis dans 753 cabinets.

97 950 patients diabétiques de type 2, âgés en moyenne de 61,8 ans (médiane 63,3 ans) étaient éligibles au protocole diabète. Lors du début de l'expérimentation en 2004, 635 patients étaient éligibles au protocole diabète. ASALEE regroupait alors 3 IDE et 12 MG. ASALEE bénéficie d'un avis favorable de la HAS depuis le 22 mars 2012 (6). Une évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE dans le cadre du suivi des patients diabétiques de type 2 a été réalisée en décembre 2008 et a montré une amélioration de l'équilibre glycémique, une amélioration du suivi, tout en ne coûtant pas significativement plus cher à l'Assurance Maladie (7). Des études qualitatives ont été faites sur le ressenti des médecins généralistes suite à la mise en place d'ASALEE. Ainsi, en 2011, deux ans après le début de l'expérimentation d'ASALEE dans les Vosges, les médecins se disaient satisfaits du dispositif (8). Dans le Limousin, en 2015, les médecins interrogés appréciaient la pluri-professionnalité et la délégation des tâches et observaient une amélioration de la prise en charge de leurs patients (9). Dans les deux cas, selon les médecins, les patients étaient également satisfaits du système. En 2017, une thèse qualitative s'est intéressée au point de vue des patients. Il en ressort une satisfaction globale du dispositif. Les auteurs évoquent des bénéfices suite aux changements du mode de vie mais sans les détailler (10).

Devant le développement important de cette nouvelle méthode de prise en charge des patients diabétiques en médecine générale, il nous a semblé pertinent de nous intéresser au vécu de ces patients. Notre travail avait pour objectif d'analyser les changements perçus par les patients diabétiques de type 2 depuis leur prise en charge par un infirmier ASALEE en Auvergne.

2 METHODE

2.1 Recrutement des patients

Le projet de cette étude a été présenté lors d'une rencontre d'infirmières ASALEE dans l'Allier (03) au mois de décembre 2016. Six infirmières d'accord pour recruter des patients ont donné leur adresse mail. Par la suite, il a été demandé à une des infirmières de nous transmettre les noms des infirmiers ASALEE du Puy-de-Dôme (63) afin d'élargir notre étude à ce département. Un mail a été envoyé à quatre infirmiers ASALEE du Puy-de-Dôme. Un infirmier contacté en plus par téléphone a répondu positivement.

Finalement, six infirmières de l'Allier (03) et un infirmier du Puy-de-Dôme (63) ont récolté les coordonnées de patients diabétiques de type 2, pris en charge par ASALEE depuis au moins une année ou ayant eu au moins cinq rencontres avec l'infirmier ASALEE et d'accord pour participer à l'étude. Ils ont ensuite transmis à l'investigatrice les coordonnées de ces patients. Les patients recevaient une note explicative avec le nom de l'investigatrice et le thème de l'entretien. Les patients ont été contactés par téléphone et un rendez-vous était ensuite fixé au domicile du patient. Deux patients ont finalement refusé de participer à cette étude. L'épouse du premier ne souhaitait pas que l'entretien se fasse à leur domicile. Le deuxième patient avait un antécédent de trouble bipolaire et était dans une période « off » où il avait arrêté toute prise en charge ASALEE au moment d'être contacté par l'investigatrice. Trois patients connaissaient déjà l'investigatrice suite à des remplacements de leurs médecins traitants. Une patiente a été rencontrée avec son mari car elle présente un léger retard mental.

Quinze entretiens ont permis d'arriver à saturation des données entraînant l'arrêt du recrutement.

La diversité des individus était recherchée plutôt qu'une représentativité statistique. Les critères de diversité d'échantillonnage suivants ont été retenus :

- sexe
- âge
- catégorie socio-professionnelle
- milieu (urbain, semi-rural ou rural)
- ancienneté du diabète lors de l'entretien
- année d'entrée dans ASALEE et nombre de consultations ASALEE
- participation à un autre système d'éducation thérapeutique du patient
- valeur d'HbA1c
- traitement (ADO/insuline/autre)
- complications éventuelles du diabète.

2.2 Entretiens semi-directifs

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes afin de laisser le patient exprimer son ressenti.

Le jour des entretiens, le travail de recherche était présenté aux patients avec information sur le respect de l'anonymat. Leur accord à leur participation à l'entretien avec enregistrement sur iPhone était recueilli par écrit. Le patient était informé qu'il pouvait interrompre sa participation à l'étude à chaque instant. A la fin de chaque entretien, l'investigatrice notait ses impressions sur l'entretien qui venait de se dérouler.

Les entretiens ont été réalisés entre janvier et décembre 2017. Ils ont duré entre 14 minutes et 1h10.

2.3 Guide d'entretien

Un guide d'entretien regroupant les thèmes à aborder a été élaboré avant les premiers entretiens. Ce guide a par la suite été adapté afin d'être plus précis et plus compréhensible. Des questions ouvertes afin de relancer la conversation sur les thèmes à aborder ont été ajoutées. Pour être au plus proche de la réalité, il était demandé au patient de commencer par raconter sa dernière consultation ASALEE. Le patient était ensuite relancé pour aborder l'ensemble des thèmes.

Guide d'entretien
<u>Question générale</u> • Pouvez-vous me raconter votre dernière rencontre avec l'infirmier(ère) ASALEE ? • Que pensez-vous de ces rencontres ? Qu'est-ce que cela vous a apporté ? Ou qu'est-ce que vous auriez aimé que cela vous apporte ?
<u>Origine de la prise en charge ASALEE et motivation initiale :</u> • Comment avez-vous connu ASALEE ? • Qui est à l'initiative de la prise en charge ASALEE ? • Quelles ont été vos motivations pour débiter la prise en charge ASALEE ?
<u>Changements notés depuis la prise en charge ASALEE concernant :</u> • <i>Perception de la maladie</i> (par rapport à la perception du diabète avant le début d'ASALEE) : Votre vision du diabète a-t-elle changé depuis votre prise en charge ASALEE ? • <i>Diététique</i> • <i>Activité physique</i> • <i>Observance, modifications thérapeutiques éventuelles</i> (augmentation, diminution du traitement) : Comment a évolué votre traitement depuis ASALEE ? Comment a évolué la perception de votre traitement ? • <i>Comportement et connaissances</i> : Avez-vous acquis des connaissances depuis la prise en charge ASALEE ? Lesquelles ? • <i>Suivi</i> (FO, cardiologique, biologique) : Quels changements concernant votre suivi notez-vous depuis ASALEE ? • <i>Bien-être, qualité de vie</i> : Comment vous sentez-vous avec votre diabète depuis la prise en charge ASALEE ?

2.4 Retranscription des enregistrements

La retranscription intégrale des enregistrements a été faite sous Word 2013. Le paralangage était noté entre crochets. Les hésitations des patients étaient notées par des points de suspension. Les mots sur lesquels ils avaient insisté étaient soulignés. Quand ils parlaient d'une tierce personne (médecin traitant ou IDE ASALEE), l'initiale était notée.

Les entretiens ont été rendus anonymes avec le numéro de l'entretien par ordre chronologique. Les noms des patients rencontrés étaient seulement notés dans l'agenda de l'investigatrice.

Les entretiens ont été stockés sur l'ordinateur de l'investigatrice.

2.5 Analyse des retranscriptions

Un triple codage des verbatim a ensuite été réalisé de façon manuelle par l'investigatrice et ses directeurs de thèse.

Une analyse thématique inductive a permis de faire ressortir les idées principales. Les données ont ensuite été classées en thèmes puis en sous thèmes pour aboutir aux principaux résultats. Ces résultats ont été discutés entre les trois personnes ayant fait le codage pour aboutir aux résultats finaux.

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques des patients

Les critères de diversité ont été respectés. Huit hommes et sept femmes ont été rencontrés. Ils avaient entre 44 et 76 ans (âge moyen 64,7 ans). Six vivaient en milieu rural, six en milieu semi-rural et trois en milieu urbain. Dix patients étaient retraités, trois sans profession et deux actifs. L'ancienneté du diabète était comprise entre 1 et 15 ans (moyenne 9,4 ans). L'HbA1c au moment de l'entretien allait de 6,5% à 9,3% (moyenne 7,2%).

Tableau 1 : Critères sociodémographiques des patients

Patient	Sexe	Age (ans)	Catégorie socio-professionnelle	Milieu (urbain, rural, semi-rural)
1	H	65	retraité (fermier puis employé communal)	rural
2	H	76	retraité (entretien)	rural
3	F	67	sans profession	semi-rural
4	F	57	sans profession (employée de bureau)	semi-rural
5	H	44	agent d'entretien	semi-rural
6	H	74	retraité (forain)	rural
7	H	65	retraité (informaticien)	semi-rural
8	H	74	retraité (représentant en outillage électrique)	semi-rural
9	H	60	ouvrier viticole	rural
10	F	51	sans profession	rural
11	F	70	retraîtée (guide touristique)	rural
12	F	67	retraîtée (femme de ménage)	urbain
13	F	63	retraîtée (secrétaire)	urbain
14	H	72	retraité (agent de maîtrise)	urbain
15	F	65	retraîtée (atelier puis laboratoire Michelin)	semi-rural

Tableau 2 : Critères médicaux des patients

Patient	Sexe	Age (ans)	Ancienneté du diabète (années)	Année d'entrée dans ASALEE	Nombre de consultations ASALEE	Autre dispositif d'ETP	Valeur HbA1c	Traitement	Complications du diabète
1	H	65	5	2014	11	non	6,7%	ADO	cardiopathie ischémique
2	H	76	8	2014	15	non	9,3%	ADO + Insuline	AOMI
3	F	67	15	2014	19 dont 6 avec 2ème IDE	Séjour à Tronget	7,5%	ADO	non
4	F	57	8-9	2014	19	Sophia (courriers)	6,5%	ADO	non
5	H	44	15	2016	6	non	7,8%	ADO + Insuline	cardiopathie ischémique
6	H	74	9	2013	10	non	6,7%	ADO	non
7	H	65	12	2016	5	non	6,6%	ADO	non
8	H	74	17	2014	10	Réseau Vichy Diabète	6,8%	ADO	cardiopathie ischémique
9	H	60	4	2016	5	non	7,3%	ADO	non
10	F	51	8	2013	25	non	6,9%	ADO	non
11	F	70	12	2014	30	Réseau Vichy Diabète, Sophia	6,7%	ADO + Insuline	non
12	F	67	12	2017	4	Réseau Vichy Diabète	7,0%	ADO	non
13	F	63	5	2017	5	Sophia	6,9%	ADO + Analogue GLP1 + Insuline	non
14	H	72	1	2017	7	non	7,5%	ADO	AOMI
15	F	65	10	2015 puis 04/2017	8	Sophia	7,4%	ADO	non

3.2 Des attentes différentes selon les patients

Au début de la prise en charge ASALEE, les attentes variaient d'un patient à l'autre.

Certains patients avaient conscience qu'ils connaissaient mal le diabète et une motivation était de pouvoir poser ses questions et mettre à jour ses connaissances. P4 : « *ce qui m'a motivée c'est que je connaissais pas le diabète, je connaissais pas du tout la maladie [...] d'avoir oui, justement, quelqu'un à qui poser des questions* ». Le patient cherchait à être rassuré.

D'autres patients espéraient qu'ASALEE apporterait un bénéfice quelconque comme ne pas reprendre le poids déjà perdu ou éviter que le diabète se déséquilibre davantage. Une patiente espérait participer à l'amélioration de sa prise en charge notamment dans la gestion de son traitement. Un autre pensait éviter le passage à l'insuline grâce à ASALEE.

Certains patients n'attendaient rien de particulier de la prise en charge et y allaient par curiosité.

P13 : « *... ça me coûtait rien d'aller voir...* »

Rencontrer l'infirmière ASALEE permettait à une patiente de ne pas se sentir seule avec son diabète après l'arrêt de sa prise en charge par le Réseau Vichy Diabète. P11 : « *Donc ça me fait garder un contact, et puis au cours de la vie, si j'ai besoin d'un renseignement, je sais qu'avec elle, je peux l'avoir.* »

3.3 Un moment de discussion qui motive

3.3.1 Le médecin à l'origine de la prise en charge

Le patient acceptait de rencontrer l'infirmier ASALEE car il faisait confiance à son médecin. P2 : « *Bon je me suis dit, s'il m'envoie là-bas, c'est ... faut y aller, faut savoir.* ». Le patient se sentait privilégié quand le médecin lui proposait cette prise en charge. P6 : « *Parce que c'est pas tous les docteurs qui envoient faire ça.* ». Les patients appréciaient qu'ASALEE soit une coopération entre médecin et infirmier et que les deux communiquent. Certains précisaient que le médecin participait à rassurer le patient, en confirmant par exemple les doses d'insuline conseillées par l'infirmier. Des patients

rapportaient que certains médecins laissaient le soin à l'infirmier de s'occuper du diabète. P11 : « *Mais pour lui le diabète en somme, c'est l'infirmière qui gère.* »

Les patients interrogés considéraient qu'ASALEE était une prise en charge au milieu d'autres acteurs parmi lesquels le médecin traitant et les infirmiers libéraux qui étaient parfois différents des infirmiers ASALEE. Ils expliquaient que la prise en charge ASALEE était le plus souvent à l'initiative du médecin. L'association ASALEE n'était pas connue des diabétiques et les patients n'en avaient jamais entendu parler auparavant. P2 : « *je savais pas du tout ce que c'était* ».

Pour deux des patients, la prise en charge avait été proposée directement par l'infirmier ASALEE du secteur qui était aussi l'infirmier traitant d'un de ces patients. Une patiente avait été recrutée par son infirmière libérale qui était une collègue de l'infirmier ASALEE. Ces patients racontaient que quand l'infirmier ASALEE les avait contactés directement, ils s'étaient sentis obligés d'accepter. P12 : « *Alors j'ai pas osé refuser quoi...* » . Ils avouaient qu'ils allaient alors aux rencontres uniquement pour faire plaisir à l'infirmier. Dans notre échantillon, les deux patients contactés directement par l'infirmier ASALEE trouvaient qu'ASALEE ne leur avait rien apporté.

3.3.2 Une bonne relation avec l'infirmier

Les patients étaient unanimes sur la bonne relation qu'ils entretenaient avec leur infirmier ou infirmière. Ils appréciaient la douceur et la gentillesse de l'IDE et se rendaient aux rencontres avec plaisir. P2 : « *Et puis comme elle est gentille, j'aime bien aller la voir !* ». Le patient s'attachait à son IDE et acceptait les remarques qu'il ou elle pouvait lui faire. Deux patients soulignaient la sécurité qu'apportait leur infirmière ASALEE et étaient rassurés de pouvoir la contacter si besoin.

Les patients appréciaient que l'infirmier ASALEE pût leur consacrer plus de temps que le médecin qui n'avait pas la possibilité de leur consacrer autant de temps. P3 : « *le docteur bon ben il vous garde, il vous parle, il peut pas vous garder non plus... S'il garde un client une heure chacun après, il va plus y avoir de docteur !* ». Des patients rapportaient que ce temps prolongé faisait qu'ils suivaient davantage les conseils issus de la discussion avec l'infirmier.

Au-delà de la prise en charge du diabète, l'infirmier apportait parfois un soutien psychologique comme l'évoquaient quatre patients. Ces patients étaient conscients que pour bien prendre en charge leur diabète, ils devaient avoir un bon équilibre psychologique. P3 : « *Faut être déjà bien dans sa tête pour arriver à faire quelque chose.* »

3.3.3 Un lieu où l'on n'est pas jugé

Avec son infirmier ASALEE, le patient appréciait la relation d'aide et de soutien au quotidien qui se mettait en place. P15 : « *c'est un petit pilier en fin de compte* ». Les patients insistaient sur le fait que les rencontres ASALEE étaient avant tout un moment de discussion où ils appréciaient d'être écoutés. Sans juger son patient, l'infirmier s'intéressait à ses difficultés. C'était d'ailleurs souvent le seul endroit où le patient parlait de son diabète. P15 : « *comme j'en parle jamais, c'est l'occasion de dire un peu les difficultés qu'on rencontre.* »

Les entretiens individuels permettaient au patient de se sentir en confiance et de davantage oser aborder certaines questions. P11 : « *ASALEE c'est bien parce que, euh, on peut discuter de choses ... Bon, admettons il y a peut-être des trucs qu'on ne veut pas dire devant tout le monde.* »

Pour plusieurs patients, la prise en charge ASALEE avait développé leur estime de soi et leur avait permis de reprendre confiance en eux. P15 : « *Disons que là on a l'impression quand même que... je sais pas comment le dire... d'être quelqu'un.* »

Des patients soulignaient qu'ASALEE était source de motivation. P4 : « *quand on a quelqu'un qu'on voit régulièrement, on se sent un petit peu obligé d'avoir des résultats aussi.* »

Les patients étaient contents de faire plaisir à l'infirmier ASALEE avec leurs résultats et ils ressentaient le besoin d'être félicités de leurs efforts. P1 : « *elle dit « ah ben tiens, t'as perdu 1 ou 2 kg, c'est très bien et faut continuer » alors bon... c'est vrai que ça, ça encourage* ». Pour eux, il était important que l'infirmier ne leur reprochât pas de ne pas faire assez d'efforts. P13 : « *il nous - comment - il nous culpabilise pas. Alors ça c'est déjà important* ».

3.3.4 Une prise en charge centrée sur les problématiques des patients

Les patients avaient bien conscience qu'ASALEE était centrée sur eux-mêmes. Ils racontaient que l'infirmier partait de ce qu'ils faisaient déjà. P4 : *« Et elle nous pose des questions sur la manière dont on s'alimente, si on fait du sport... des choses comme ça quoi ! »*. Pour les patients, un objectif était l'équilibre du diabète et l'infirmier cherchait des explications quand il était déséquilibré et proposait des solutions. L'infirmier faisait le point sur le suivi en regardant avec le patient ses résultats. P4 : *« on parle à chaque fois des résultats. Parce qu'elle a les résultats. »*. Des patients rapportaient qu'il prenait en compte leurs antécédents familiaux, notamment en ce qui concernait les possibles complications cardio-vasculaires du diabète.

Avec ASALEE, il y avait une adaptation de la fréquence des rencontres en fonction du patient. Les patients expliquaient qu'au départ les rencontres étaient plus rapprochées puis qu'elles s'éspaciaient en fonction des besoins. P15 : *« au début on se voyait tous les mois et puis après il a dit « non, on peut espacer parce que bon... ça bouge pas. » »* La durée des rencontres dépendait du contenu et pouvait varier d'une séance à l'autre. P8 : *« C'est elle qui décide hein, c'est elle qui décide. Et puis suivant ce que l'on a programmé. »*. Trois patients se rendaient aux rencontres avec leurs conjoints qui s'investissaient dans la prise en charge.

Les patients se fixaient des objectifs comme la perte de poids, la stabilisation du diabète voire la réduction de l'hémoglobine glyquée. Certains espéraient réduire le traitement et surtout éviter de passer à l'insuline qui leur faisait peur. P4 : *« Je veux pas en arriver là, à me piquer tous les jours. »*

Au fond d'eux, les patients auraient aimé guérir de leur diabète grâce à ASALEE mais savaient que ce n'était pas possible. P2 : *« On peut pas demander l'impossible... On peut pas demander la guérison ça se guérit pas ça ! »*

3.3.5 Reconnaissance de l'expertise de l'IDE

Les patients reconnaissaient que l'infirmier était expert dans son domaine. P4 : « *C'est vrai qu'elle sait tout.* » Ils appréciaient ses réponses à leurs questions et ses explications claires. Une patiente trouvait son infirmier « *très pédagogue* » (P13).

Les patients reconnaissaient que le suivi était sérieux et appréciaient qu'il tînt dans la durée. Un patient ayant fait partie du Réseau Vichy Diabète trouvait qu'ASALEE apportait « *un suivi plus approfondi* » (P8).

3.4 Un apport de connaissances

3.4.1 Connaître les complications

La prise en charge ASALEE permettait au patient d'être au clair avec son diabète alors qu'auparavant, il se sentait perdu. P2 : « *je nageais là* ». Les patients rapportaient que l'infirmier ASALEE leur enseignait les complications du diabète qui pouvaient toucher « *les pieds, les reins, les yeux* » (P13) et « *les artères* » (P14). Un patient avait compris que le diabète était « *une maladie grave, sérieuse* » (P14). Ces complications faisaient peur aux patients, mais pour certains, cette peur pouvait être une motivation pour changer leurs habitudes. Certains patients se rassuraient avec l'absence de symptômes et avaient tendance à minimiser le risque de complications pour peu qu'ils fassent quelques efforts. Toutefois, ils avaient conscience que les complications pouvaient être évitées par un diabète équilibré.

Les patients racontaient qu'ils avaient appris à reconnaître les signes d'une hypo ou d'une hyperglycémie et savaient surveiller la glycémie capillaire même s'ils ne le faisaient pas de façon systématique. Les patients notamment sous insuline, disaient qu'ils avaient appris à se resucrer et à avoir toujours du sucre sur eux en cas d'hypoglycémie.

Quand le patient avait déjà des connaissances sur le diabète et ses complications grâce au médecin ou à d'autres programmes d'ETP, l'infirmier n'en reparlait pas nécessairement. Mais le patient était

content d'avoir des rappels. P8 : *« on oublie certaines choses. Il faut se les remettre dans la tête, ça c'est la piqûre de rappel à chaque fois. »*

Quelques patients n'intégraient pas toutes les informations transmises par l'IDE et la maladie pouvait rester quelque chose de flou. P1 : *« Il paraît que ça dure mais bon... »*.

3.4.2 Connaître le suivi

La plupart des patients connaissaient déjà avant la prise en charge ASALEE le suivi régulier annuel notamment cardiologique et ophtalmologique pour dépister les complications. Quelques-uns étaient sensibilisés à la surveillance des pieds. L'infirmier ASALEE leur rappelait toutefois l'importance du suivi régulier.

3.4.3 Connaître la diététique

Certains patients avaient déjà bénéficié de conseils diététiques lors du diagnostic de leur diabète, que ce soit par une diététicienne ou dans le cadre d'un autre programme d'ETP. Des patients avaient souvent fait des régimes et en avaient une vision négative.

Les patients rapportaient que l'infirmier ASALEE leur apprenait les aliments à éviter et ceux à privilégier, notamment l'importance d'avoir des féculents, des légumes et une source de protéines à chaque repas. Il leur conseillait également de limiter les quantités et leur donnait des indications sur les proportions. Certains donnaient des documents explicatifs aux patients. P8 : *« elle a un, un, un argumentaire où elle a tous les plats avec les, les quantités, les... comme le pain, les... que ce soit les entrées ou quoi. Dans une assiette on voit la quantité, et bon, il faut essayer de suivre. »* Des patients racontaient que l'infirmier conseillait notamment de privilégier les aliments sains, naturels et insistait sur l'importance de l'hydratation. Avec certains patients, il évoquait aussi la consommation d'alcool. Les patients rapportaient que l'infirmier se basait sur ce qu'ils faisaient déjà et certains notaient ainsi tous les repas qu'ils faisaient. L'infirmier ASALEE devait également s'adapter aux contraintes des patients. P5 : *« y'a des fois, toute la semaine c'est midi et soir au restaurant »*.

D'après les patients, l'infirmier allait mettre en évidence des erreurs. P7 : « *La première fois que je l'ai vue, j'avais tendance à manger soit les féculents, soit les légumes mais jamais à un repas en même temps. Bon sur une journée c'était à peu près équilibré mais mal équilibré sur un repas, si on veut aller par là, comme elle m'a expliqué...* ». Certains patients n'avaient pas toujours compris ce qui était recommandé ou s'étaient lassés de faire attention à leur alimentation. Un patient attribuait ses erreurs alimentaires du passé à son travail de routier.

3.4.4 Connaître l'importance de l'activité physique

Les patients rapportaient que l'infirmier ASALEE encourageait la pratique d'une activité physique et insistait sur la marche régulière. P1 : « *Il faut bouger et puis même comme elle me dit, de temps en temps il faut marcher.* ». L'infirmier accompagnait aussi la reprise de l'activité physique en conseillant au patient d'y aller progressivement. Deux patients racontaient que certaines infirmières avaient monté un groupe de marche ou de sport. C'était alors l'occasion pour les patients d'échanger entre diabétiques.

Pour certains patients, l'activité physique était déjà en place avant ASALEE et avait parfois été instaurée lors d'un autre programme d'ETP. D'autres patients n'avaient jamais pratiqué d'activité physique même si cela leur avait été conseillé. P12 : « *Le sport c'était pas mon truc.* ».

3.5 Des changements de comportement

Selon les patients, ASALEE leur permettait de se remettre en question et d'adapter leur comportement. Ils prenaient conscience de l'importance de prendre en charge le diabète. Ils reconnaissaient que les changements dépendaient d'eux et qu'ils devaient être volontaires. P7 : *« c'est une question de volonté... de suivre les conseils du médecin et puis des gens d'ASALEE, hein. Après, si la personne veut pas... On peut rien faire. Après c'est un choix de vie. »*. Les patients savaient que les résultats pouvaient être visibles sur le long terme.

3.5.1 Le suivi

Certains patients trouvaient qu'ils étaient plus rigoureux avec leur suivi depuis ASALEE car l'infirmier leur rappelait régulièrement de prendre les rendez-vous. L'infirmier permettait parfois de pallier quelques problèmes de mémoire débutants.

Le suivi était souvent déjà bien cadré avant ASALEE. P2 *« C'était déjà organisé comme ça avant, ça n'a pas changé. »*. Parfois, le patient avouait qu'il était passif et attendait que le médecin rappelât les rendez-vous avec les spécialistes. D'autres étaient plus autonomes et anticipaient. Une patiente soulignait que le suivi dépendait du médecin et qu'avec son ancien médecin traitant c'était insuffisant. Les patients expliquaient que l'infirmier ASALEE avait un rôle dans le suivi du diabète. Parfois lors des rencontres, il réalisait une glycémie capillaire et prenait la tension. Certains surveillaient les pieds et dépistaient les neuropathies. Dans d'autres cabinets, c'étaient les infirmiers ASALEE qui réalisaient les ECG annuels et les montraient aux médecins traitants.

Les patients se disaient plus attentifs aux résultats du suivi (biologie avec HbA1c tous les trois mois et prise de sang complète annuelle, poids, glycémie capillaire).

3.5.2 L'alimentation

Depuis la prise en charge ASALEE, les patients dans leur grande majorité avaient changé leur alimentation. P7 : *« il y a des choses que je faisais pas attention, et maintenant j'essaie de faire normalement. Mais ça on me l'aurait pas conseillé, on me l'aurait pas dit, moi j'aurais continué à faire comme je faisais avant. »*

Ainsi, les patients avaient tout d'abord appris à réduire les quantités, ne pas se resservir et arrêter le grignotage. Ils racontaient qu'ils prenaient davantage le temps de manger. Ensuite, ils limitaient l'apport en sucre comme un patient qui ne mettait plus qu'un sucre dans son café au lieu de trois ou un autre qui avait arrêté de boire des sirops. Les patients limitaient également la consommation d'aliments gras comme la charcuterie ou le fromage, ce qui était souvent un gros effort pour eux. P15 : *« j'étais une grosse, grosse gourmande de fromage. »* Des patients remplaçaient certains produits. De manière générale, les patients s'efforçaient de manger plus équilibré en faisant attention notamment à avoir des légumes et des féculents à chaque repas. Ils se rendaient compte que manger correctement était une habitude à prendre et n'était pas contraignant. Parfois, une patiente adaptait les repas qu'elle préparait pour les autres afin de ne pas avoir l'impression de se priver. La femme d'un patient lui préparait un repas à part.

Deux patientes n'avaient pas changé leur alimentation depuis la prise en charge ASALEE car elles avaient continué ce qu'elles avaient appris avec le Réseau Vichy Diabète. D'autres reconnaissaient qu'ils ne mettaient pas toujours en pratique ce que recommandait l'infirmier ASALEE.

Les patients insistaient sur le fait que le diabète n'était pas synonyme de privation. Tout en conservant un régime équilibré, ils s'autorisaient un extra de temps en temps. P13 : *« je dis pas que je mange pas un bout de chocolat de temps en temps, faut pas non plus dire que... mais je fais pas d'abus quoi. »*

Certains patients reconnaissaient même des écarts notamment pendant les fêtes, mais ils essayaient rapidement de les corriger.

Les patients avaient pris conscience du rôle de l'alimentation dans l'équilibre du diabète et du poids.

3.5.3 L'activité physique

Depuis la prise en charge ASALEE, un quart des patients interrogés avait commencé à pratiquer une activité physique régulière. P5 : « *tous les soirs, même quand je rentre à l'hôtel, je vais faire de la marche... Des fois c'est une heure ou une demi-heure.* » Ce même patient reconnaissait qu'il était parfois difficile de s'astreindre à la pratique de l'activité physique : « *Après une journée de boulot, c'est pas... pas tous les jours que j'ai envie.* ». D'autres patients avaient augmenté l'activité physique qu'ils pratiquaient déjà auparavant. Certains poursuivaient l'activité physique déjà en place. Une patiente n'en faisait toujours pas. En règle générale, les patients s'efforçaient de bouger.

Une patiente soulignait que l'alimentation ne faisait pas tout et que le sport avait aussi un rôle important. Un patient admettait qu'il n'avait pas mesuré l'importance de l'activité physique dans la prise en charge du diabète. La plupart des patients voyaient les effets bénéfiques de l'activité physique sur l'équilibre du diabète, le poids et le bien-être et c'est ce qui les motivait à la poursuivre. Les patients se rendaient compte également que leur condition physique allait changer avec les années et réfléchissaient à l'adaptation de l'activité physique. P4 : « *Mais bon, on va sûrement avoir des problèmes d'articulations, un tas de choses, bon bah après, bon bah on verra, on fera, si on peut plus courir, on fera peut-être plus que du vélo, ou on marchera.* »

Les patients reconnaissaient être davantage motivés à pratiquer une activité physique avec quelqu'un. P13 : « *c'est vrai que bon à plusieurs ça passe... mieux.* » De même, plus le patient pratiquait une activité physique, plus cela devenait facile pour lui.

3.5.4 Le traitement et l'observance

Les patients reconnaissaient que la prise en charge ASALEE ne remplaçait pas le traitement médicamenteux et n'empêchait pas l'ajout de médicament quand c'était nécessaire ou l'augmentation des posologies. Ainsi, six patients avaient vu leur traitement se majorer. Un patient avait connu une

diminution du traitement depuis la prise en charge ASALEE. Enfin, il n'y avait eu aucune modification chez huit patients.

La majorité des patients avait déjà une bonne observance. Deux patients notaient une meilleure observance depuis la prise en charge ASALEE. P2 : « *Je les prends plus... comment je peux dire... Plus sérieusement.* » Un patient mettait une alarme sur son téléphone pour ne pas oublier son traitement. Malgré une bonne observance en général, certains patients avouaient quand même quelques oublis. Le médecin d'adaptait alors en faisant préparer le traitement par une infirmière libérale ou en modifiant la répartition des médicaments sur la journée.

Pour deux des quatre patients sous insuline, ce traitement restait « *très contraignant* » (P11) même après les années. Cet avis était partagé par les patients qui n'étaient pas sous insuline.

Les patients savaient que l'évolution de leur diabète pouvait nécessiter une adaptation du traitement et certains n'y étaient pas opposés malgré les réticences de départ au traitement par insuline.

P8 : « *aujourd'hui, B. [le MT] ou même V., [l'IDE] me dirait : "bon ben on va passer aux piqûres", je serais consentant plus qu'il y a 3-4 ans* ».

3.6 Des résultats visibles

- *Un diabète mieux équilibré*

Les patients soulignaient un meilleur équilibre de leur diabète depuis la prise en charge ASALEE.

Plusieurs patients mettaient en avant la baisse de l'HbA1c. P7 : « *mon diabète a baissé, parce que maintenant je suis à... à 6,6 alors qu'avant elle était à plus de 7 et quelques quand on a commencé.* »

Certains patients reconnaissaient que malgré un suivi régulier, la diminution de l'HbA1c n'était pas toujours continue. P3 : « *il y a eu des hauts et des bas [...] là, il est remonté à 7,5.* »

- *Une perte de poids*

La prise en charge ASALEE avait également permis la perte de poids. P7 : « *j'ai perdu cinq kilos* ». Les patients mettaient en évidence le lien entre équilibre du diabète et poids. P4 : « *de toute façon, après est venue la perte de poids donc ça a agi aussi sur la baisse de l'hémoglobine.* »

- *Action sur les autres facteurs de risque cardio-vasculaire*

Selon les patients, leurs changements de comportement leur permettaient également d'agir sur d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire. Un patient avait ainsi obtenu un meilleur équilibre tensionnel grâce à sa prise en charge ASALEE. P8 : « *L'hypertension j'avais réussi, parce que trois quatre mois je prenais la tension trois fois par jour et on avait réussi à maintenir une tension à peu près normale.* »

3.7 Amélioration du vécu de la maladie et bien-être

ASALEE avait participé à rassurer la plupart des patients et à mieux accepter la maladie. P13 : « *Déjà j'accepte plus la maladie, mais ça c'est un peu grâce à ASALEE.* » Grâce à son infirmier ASALEE, le patient comprenait qu'il était possible d'avoir une vie normale avec son diabète. Pour un patient diabétique depuis moins d'un an, le diabète n'était pas la principale préoccupation car il avait d'autres soucis de santé.

Dix des quinze patients interrogés déclaraient qu'ils se sentaient mieux depuis la prise en charge ASALEE. P2 : *« Je pourrais dire en gros, plus compétitif parce que avant... (rires) on était plutôt, plutôt... amorphe, à plat... Là, on reprend un peu de vigueur. »* Les patients faisaient le lien entre équilibre du diabète et bien-être.

Pour certains patients, la vision du diabète n'avait pas changé. Ils le considéraient toujours comme une maladie contraignante surtout pour les patients sous insuline. Une patiente racontait qu'elle vivait parfois des moments de découragements mais que l'infirmière était là et essayait de la remotiver.

3.8 Des patients satisfaits d'ASALEE

Tous les patients interrogés considéraient qu'ASALEE était une solution intéressante, encore plus s'il n'y avait pas eu d'autre programme d'éducation thérapeutique auparavant. Pour eux, ASALEE était essentielle à la prise en charge du diabète. P2 : *« Ça fait partie du traitement. »*

Les patients étaient satisfaits de leur prise en charge. P10 : *« C'est bien que je suis suivie par ça. C'est très bien »*. Deux patientes pensaient que le suivi par un infirmier ASALEE remplaçait avantageusement les hospitalisations éventuelles en diabétologie ou le suivi par un diabétologue.

Souvent, le patient regrettait de ne pas avoir connu ASALEE plus tôt. P5 : *« C'est vrai j'aurais peut-être pris avant, j'en serais peut-être pas là... On aurait peut-être vu un peu plus tôt que ça déconnait... »*

Dans l'ensemble, les patients étaient favorables au développement d'ASALEE et le conseillaient aux patients diabétiques. Toutefois, un patient notait qu'ASALEE pouvait ne pas convenir à tout le monde.

P7 : *« je suis bien entré, façon de parler, dans le moule. »*

La plupart des patients n'avaient pas d'autre attente d'ASALEE. P4 : *« tout est bénéfique, je vois pas ce que je pourrais avoir de plus. »*. Aucun patient n'avait évoqué la gratuité de la prise en charge.

Deux patientes pensaient arrêter la prise en charge un jour dans la mesure où leur diabète restait stable et où elles pensaient avoir toutes les connaissances nécessaires désormais.

3.9 Des questions en suspens

3.9.1 *Pas d'apport perçu par le patient mais des changements réalisés*

Deux patients avaient des difficultés à exprimer ce qu'ASALEE leur avait apporté. Cependant, ils reconnaissaient des changements de comportement depuis leur prise en charge par l'infirmier principalement concernant l'alimentation.

3.9.2 *Aucun apport de la prise en charge ASALEE*

Une patiente recrutée directement par l'infirmier ASALEE de son secteur trouvait que le dispositif ne lui avait rien apporté de plus par rapport au Réseau Vichy Diabète. L'autre patient recruté également par l'infirmier ASALEE estimait lui aussi qu'ASALEE ne lui avait rien apporté.

3.9.3 *Des difficultés avec certains IDE*

La relation patient-infirmier pouvait être difficile comme l'évoquaient deux patientes qui avaient eu une mauvaise expérience avec une infirmière avant de reprendre le suivi avec une autre. P15 : « *Elle mettait de la très bonne volonté mais disons que le feeling il passait pas.* ».

Une mauvaise relation conduisait souvent à l'arrêt de la prise en charge. P3 : « *quand on se sent mal avec quelqu'un, c'est pas la peine de continuer.* » Une patiente racontait que cela pouvait aussi supprimer les bénéfices attendus d'ASALEE. P3 : « *je vous dis, avec euh... avec S., ça m'a rien amené de plus. Au contraire, que du mauvais... j'étais plus mal à l'aise que bien.* »

Dans ces deux cas, l'absence de résultat avec une infirmière n'avait pas remis en cause le dispositif ASALEE et la proposition d'une prise en charge avec un autre infirmier avait été acceptée.

3.9.4 Des problèmes non résolus

Les patients avaient soulevé des freins au changement.

Concernant l'alimentation tout d'abord, un patient soulignait que le conjoint avait un rôle important, surtout quand c'était lui qui cuisinait. Ainsi, il fallait qu'il acceptât les changements conseillés par l'IDE ASALEE. P8 : « *ma femme ne comprenait pas. Elle cuisine toujours au beurre...* » Certaines habitudes étaient difficiles à perdre également comme la consommation de pain. Une autre patiente ne voulait pas se faire remarquer quand elle était invitée. Pour elle également, préparer les repas et manger était une contrainte.

En ce qui concernait l'activité physique, des patients disaient que la condition physique pouvait être un facteur limitant. P2 : « *J'ai mal aux jambes dès que je fais un km, je peux plus avancer, alors ça m'embête de par... d'aller marcher, quoi.* ». Les patients avaient parfois du mal à pratiquer une activité physique par manque de motivation, de temps ou d'un accompagnant. L'absence de permis était un problème pour une patiente qui ne voulait pas déranger son mari avec des transports.

Pour un quart des patients, le plus dur restait la perte de poids et cela les préoccupait beaucoup.

P13 : « *J'arrive pas à perdre des kilos, parce que ça aussi c'est un gros problème. De mon poids c'est quelque chose qui me ... qui me travaille, qui m'angoisse affreux, hein.* » Certains patients n'appréciaient pas que leur infirmier fût focalisé sur le poids. Un suivi trop intrusif et trop rigoureux pouvait également rebuter le patient qui n'acceptait pas toujours de devoir noter tout ce qu'il mangeait comme pouvaient le demander certains infirmiers.

D'une manière générale, le manque de motivation était un frein au changement selon les patients. Ainsi, si le patient n'avait pas envie de faire des efforts et si les complications éventuelles notamment le décès ne lui faisaient pas peur, il ne changerait pas. P14 : « *Comme je reviens à mon truc de tout à l'heure, hein, j'ai 72 ans, je me dis un peu après moi le déluge quoi.* »

Enfin, un patient signalait quelques troubles de la mémoire et pensait que cela pouvait diminuer le bénéfice d'ASALEE.

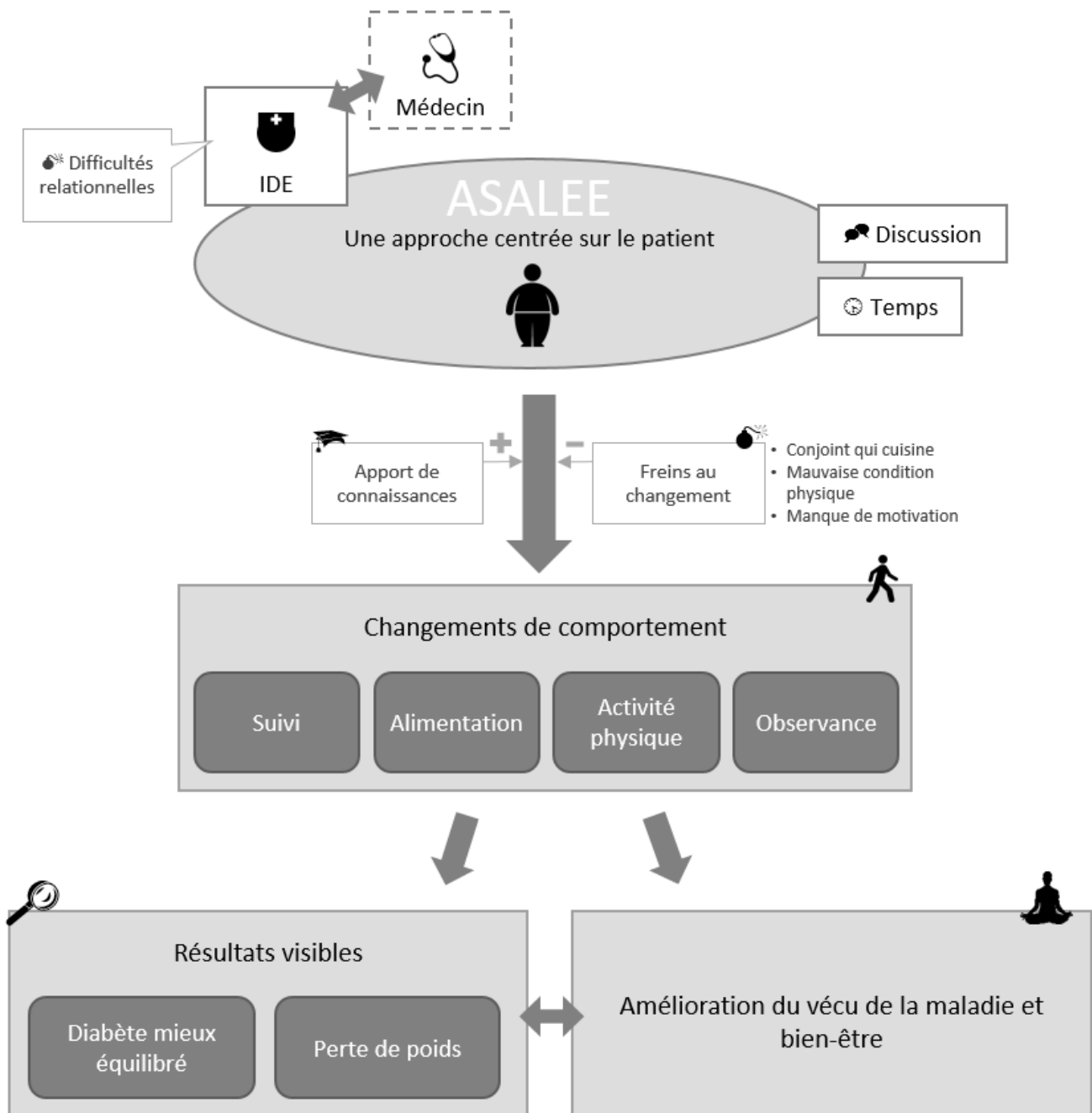
3.9.5 Une prise en charge complémentaire des autres modes d'ETP

Les patients estimaient que l'éducation thérapeutique leur était bénéfique et que le bénéfice d'ASALEE n'était pas diminué par la participation antérieure à des programmes d'ETP. Le patient reconnaissait qu'il avait besoin d'être accompagné dans son diabète, notamment lors de l'apprentissage de l'insuline. Ainsi, deux patients soulignaient le rôle de leur infirmière libérale qui leur avait appris à faire les injections.

Quatre patients étaient inscrits à Sophia et nous avaient parlé des courriers qu'ils recevaient et leur apportaient également des connaissances sur les complications du diabète. Ils expliquaient que les infirmières les contactaient régulièrement pour discuter de leur traitement et suivre l'évolution de l'HbA1c et du poids. Ces appels n'étaient pas planifiés et les prenaient parfois au dépourvu. Les patients trouvaient que Sophia et ASALEE se complétaient mais appréciaient avec ASALEE d'avoir l'infirmier « *en face* » (P13) d'eux. Selon eux, Sophia restait assez général et ASALEE permettait davantage de rentrer dans le détail et de se centrer sur leur cas.

Trois patients avaient suivi le programme d'ETP du Réseau Vichy Diabète et avaient apprécié la prise en charge pluridisciplinaire et la diversité des intervenants (diététicienne, médecin, professeur de sport, podologue,...) dans les ateliers sur des sujets variés. Une patiente recommandait le Réseau et avait beaucoup apprécié le partage d'expérience avec les autres diabétiques permis par une prise en charge en groupe. Elle trouvait que les deux prises en charge étaient complémentaires. Une autre préférait la relation individuelle avec l'infirmier dans ASALEE car elle se sentait plus libre pour parler. Mis à part ce point, elle ne voyait pas de différence entre les deux programmes. Un patient préférait le « *suivi plus approfondi* » (P8) proposé par ASALEE.

3.10 Schéma des résultats principaux



4 DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

Avec ASALEE, les patients ont découvert un nouveau mode de soin original centré sur le patient où le temps est plus important. Cette prise en charge leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances et de mettre en place des changements de comportement concrets aboutissant pour la plupart à un meilleur équilibre du diabète, une perte de poids et un meilleur vécu de la maladie.

4.2 Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude concernant l'avis des patients diabétiques de type 2 au sujet des changements perçus après des consultations ASALEE. Une seule étude qualitative en 2017 s'est intéressée au point de vue des patients sur le dispositif ASALEE (10). Certains patients avaient souligné le fait que l'infirmière ASALEE avait accompagné les changements d'habitudes par leurs conseils. Cependant, ces changements n'avaient pas été détaillés. Notre étude est donc novatrice puisque nous apportons des résultats plus détaillés.

Le but de notre étude était d'analyser objectivement quelque chose de subjectif, à savoir des expériences personnelles et des ressentis de patients. Nous ne cherchions pas à quantifier ou à mesurer des valeurs. Le choix d'une méthode qualitative était donc particulièrement adapté pour cet objectif (11).

La réalisation d'entretiens individuels semi-directifs au domicile des patients nous paraissait également pertinente. En effet, chaque patient pouvait parler ainsi plus librement, en partant de son vécu sans être influencé par le cadre ou des questions fermées. Le risque de l'utilisation d'un questionnaire avec des questions fermées aurait été la perte d'informations.

Quinze patients ont été rencontrés, huit hommes et sept femmes, permettant d'arriver à saturation des données. Le taux de refus a été faible (deux patients). Les critères de diversité ont été respectés.

ASALEE est peu présente en milieu urbain car historiquement, l'implantation s'est faite dans des zones semi-rurales ou rurales. Seulement deux patients encore actifs ont été rencontrés, le diabète de type 2 touchant majoritairement des personnes âgées donc souvent déjà retraitées. En 2009, selon l'InVS, l'âge moyen des patients diabétiques traités pharmacologiquement était de 65,1 ans (3) ce qui est similaire à l'âge moyen de l'échantillon de notre étude (64,7 ans). L'âge moyen des patients pris en charge par ASALEE est un peu plus bas (61,8 ans). Dans notre étude, il n'y avait pas de patient âgé de plus de 80 ans. Souvent, les patients plus âgés ont d'autres pathologies. On revoit alors à la hausse la cible d'HbA1c : <8% pour les patients « fragiles » et <9% pour les patients « malades » (12). Les médecins adressent alors moins les patients aux IDE ASALEE, un changement de comportement devenant moins pertinent.

Un triple codage a été réalisé par l'investigatrice et ses directeurs de thèse. Cette triangulation a ainsi permis de limiter les biais d'interprétation et d'améliorer la validité interne de l'étude.

4.3 Faiblesses de l'étude

L'investigatrice étant novice en recherche qualitative, le manque d'expérience dans la pratique d'entretiens a pu entraîner des biais notamment un biais d'influence. De même, l'enregistrement de l'entretien a pu gêner certains patients qui ont adapté leur discours induisant ainsi un biais déclaratif. L'investigatrice se présentait comme chercheur mais des patients avaient su par leur infirmier qu'elle était médecin et ont pu également adapter leur discours. D'autres patients l'avaient vue en consultation à l'occasion d'un remplacement de leur médecin traitant. Certains étaient inquiets d'un éventuel compte-rendu à l'infirmier ou au médecin malgré l'assurance de l'anonymat des entretiens. Il n'y a pas eu de contrôle des résultats par les participants à l'étude. On ne peut nier une certaine subjectivité dans l'analyse des résultats puisqu'il revenait à l'investigatrice de décider ce qui était important ou non (13).

La réalisation d'un focus group pourrait amener des informations supplémentaires notamment par la dynamique de groupe.

Les patients ont été recrutés par les IDE. Nous pouvons nous poser la question d'un biais de sélection de patients les plus motivés. En effet, la valeur moyenne de l'HbA1c dans notre échantillon était de 7,2%. D'après les données transmises par l'association ASALEE la moyenne des premières HbA1c connues après la 5^{ème} consultation avec l'IDE ASALEE était à 7,6% (en considérant les patients pour lesquels l'HbA1c avant la première consultation était supérieure à 7%). Les patients de notre échantillon avaient donc en moyenne un diabète plus équilibré. Par ailleurs, les IDE d'accord pour participer à l'étude sont-ils aussi des IDE plus impliqués ?

Il y a également peu de diversité des catégories socio-professionnelles. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients avec un plus haut niveau d'étude ont souvent bien intégré les conseils donnés par leur médecin et se sont renseignés de leur côté sur les complications possibles.

4.4 Un nouveau mode de soin basé sur la coopération médecin traitant-infirmier

- *L'éducation thérapeutique nécessite du temps*

Dans l'étude ENTRED (Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques traitées) 2007-2010 (14), le premier frein à la démarche éducative évoqué par les médecins était le manque de temps (76% des MG). Cette situation est liée à une augmentation de la demande de soins du fait de la diminution du nombre de médecins, du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques (15). La délégation des tâches et la coopération entre professionnels de santé semble une solution intéressante pour y répondre.

En déléguant les consultations d'éducation de santé aux IDE, ASALEE permet de consacrer plus de temps à l'éducation thérapeutique, ce qui est apprécié des patients. En 2015, R. Py a réalisé pour sa thèse une enquête d'opinion auprès des médecins sur le dispositif ASALEE dans le Limousin. D'après les médecins, les patients étaient satisfaits du programme et évoquaient, comme dans notre étude, une bonne relation avec leur IDE. Cette étude montrait aussi que les patients appréciaient le temps

que l'IDE leur consacrait (9). Cette remarque a aussi été soulevée dans le travail de E. Dadena et M. Sader en 2017 (10).

- *La délégation des tâches fait l'objet de nombreuses réflexions*

Le Canada et les Etats-Unis, dans les années 60, ou le Royaume-Uni au début des années 90, ont développé davantage la place des IDE dans le soin primaire. Ainsi, les « nurses practitioners » réalisent le suivi de malades chroniques comme les patients diabétiques et font de l'éducation en santé tout en assurant des consultations de premier recours pour des problèmes courants (16,17). Par ailleurs, le « disease management » présent aux Etats-Unis depuis les années 90 propose une démarche d'éducation thérapeutique ayant pour but d'améliorer les connaissances et les compétences des patients et d'entraîner des changements de comportement (observance, hygiène de vie). Il concerne principalement les patients atteints de maladies chroniques dont le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire chronique. Un but est également la coordination des soins. Le « disease management » se fait le plus souvent par téléphone (18).

En France, la question de la délégation des tâches est arrivée plus tardivement. La HAS en 2008 recommandait de la favoriser et de réfléchir à la coopération entre professionnels de santé comme proposé dans le dispositif ASALEE (16). L'étude DELTADIAB (Délégation et partage des tâches sur le parcours du patient diabétique de type 2) a étudié la collaboration interprofessionnelle dans le parcours d'ETP du patient diabétique de type 2 (19). Il en ressortait que le partage des tâches n'était pas toujours optimal et le rôle du médecin traitant souvent mal défini dans les différents modèles étudiés. Les auteurs soulignaient qu'ASALEE était en 2014 le seul modèle correspondant au schéma proposé par la HAS. Un rapport d'information au Sénat en 2014 (20) insistait également sur la nécessité de coopération entre professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge des patients. Cela permettrait également de faire évoluer les compétences des professions de santé. La loi de modernisation de notre système de santé (« Loi santé ») (21) votée le 26 janvier 2016 a créé le statut d'infirmier de pratique avancée (IPA). Ces infirmiers pourraient ainsi, selon des modalités à définir par

décret, suivre des patients atteints de maladies chroniques et prescrire certains traitements. En avril 2018, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) recommande la réflexion et l'évaluation sur le développement des IPA. L'avis publié reconnaît l'efficacité du dispositif ASALEE (22).

ASALEE, par cette coopération entre médecin traitant et infirmier, permet une approche centrée sur le patient qui est bénéfique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. L'approche centrée patient est une compétence du médecin généraliste et a été placée sur la marguerite des compétences du CNGE (23).

Une évaluation d'ASALEE, DAPHNEE (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation) par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en 2016 devait étudier les conditions de généralisation et de pérennisation du dispositif (24). Les conclusions ne sont pas encore connues.

- *Importance de la formation des IDE et des médecins*

Un autre frein à la démarche éducative évoqué par les médecins dans l'étude ENTRED 2007-2010 était le manque de formation (14). Les patients de notre étude reconnaissent l'expertise des IDE. En effet, les IDE ASALEE sont des Infirmiers Délégués à la Santé Publique (IDSP) et leur formation en éducation thérapeutique est assurée par l'association ASALEE. A l'inverse des « nurses practitioners », les IDSP n'ont pas dans leurs missions la prise en charge de problèmes de santé courants.

Les médecins interrogés dans l'étude ENTRED souhaitaient avoir à leur disposition des supports pour les patients. Dans notre étude, les patients appréciaient de recevoir des documents écrits de Sophia.

4.5 Des changements de comportement

Si la plupart des patients de notre étude ont reconnu des changements de comportement depuis leur prise en charge ASALEE, certains disaient n'avoir rien changé et d'autres évoquaient les difficultés à changer, principalement le manque de motivation. Dans la continuité d'une première étude réalisée entre 2001 et 2003, la deuxième étude ENTRED réalisée entre 2007 et 2010 (14) a montré que parmi les patients diabétiques de type 2 interrogés, un peu plus d'un quart (26%) avaient changé des habitudes de vie, dans le domaine de l'alimentation pour la grande majorité d'entre eux (79%). Peu de changements étaient effectués dans le domaine de l'activité physique (18%), 3% avaient arrêté le tabac et 13% parlaient d'autres changements. Les raisons avancées pour l'absence de changement de comportement étaient l'absence de besoin de changer (46%), le manque d'envie (21%), l'absence de résultat après avoir essayé de changer (20%) et l'intention de changer (13%). B. Müller et H. Saner se sont interrogés sur « comment motiver le patient pour changer son mode de vie ? » (25). Ils reprennent le modèle de changement de comportement décrit en 1983 par Prochaska et DiClemente dit encore « modèle trans-théorique ». Ce modèle énonce la séquence de cinq à sept étapes nécessaires au changement. La motivation du patient nécessite d'identifier à quel stade du processus de changement il se trouve et d'adapter le discours du soignant en fonction. Il est très important de tenir compte et de respecter la phase où en est le patient. Le travail du soignant est d'accompagner le patient dans sa progression vers le changement, de l'encourager et de renforcer son auto-efficacité. H. Mosnard-Pudar et G. Hochberg-Parer reviennent sur cette notion d'auto-efficacité qui consiste pour le patient à mesurer sa capacité à accomplir le nouveau comportement de santé. La mobilisation des ressources pour mettre en place un nouveau comportement dépend ainsi de cette auto-efficacité mais aussi du contrôle interne et externe qui dépendent des croyances du patient (26). Pour favoriser le changement, l'alliance thérapeutique entre patient et soignant est indispensable. L'entretien motivationnel est nécessaire (27).

Les patients de notre étude recrutés directement par leur IDE ASALEE de secteur avaient accepté la prise en charge pour ne pas le décevoir mais n'étaient probablement pas prêts à changer de comportement.

4.6 Critères d'efficacité de l'éducation thérapeutique

Dans notre étude, des patients ont noté des résultats visibles comme un meilleur équilibre du diabète avec une diminution de leur HbA1c ainsi qu'une perte de poids et un bien-être. Mais quels sont les critères d'efficacité d'un programme d'ETP ? Selon une revue de la littérature en 2011 de A. Moreau et I. Supper (28), on juge l'efficacité de l'éducation du patient diabétique de type 2 sur la morbi-mortalité, des critères biologiques tels que l'HbA1c, des critères cognitivo-comportementaux comme la connaissance, les changements de comportement ou encore le bien-être et l'auto-efficacité et enfin sur la diminution de la consommation de soins. En 2008, une évaluation médico-économique d'ASALEE de l'IRDES (7,29) a montré une amélioration de l'équilibre glycémique grâce à la consultation d'éducation thérapeutique. Les patients inclus dans ASALEE étaient aussi mieux suivis. La collaboration médecin généraliste - infirmière ne coûtait pas significativement plus cher à l'Assurance Maladie. Les auteurs ont donc jugé ASALEE comme un programme efficient. En 2016, dans sa thèse, E. Tardits a également montré une amélioration du suivi des patients diabétiques de type 2 dans les Landes grâce à ASALEE (30). En avril 2018, le Centre de Recherche Innovation et Développement Asalée (CRIDA) s'est intéressé à l'évolution de l'équilibre du diabète chez 104 833 patients diabétiques dans ASALEE entre 2011 et 2017. Malgré une augmentation du nombre de patients diabétiques de type 2 dans ASALEE, le ratio de patients avec un diabète déséquilibré sur une période donnée est stable ou en diminution (31). Selon L. Meillet et al. (32), l'HbA1c est souvent le critère principal de jugement dans les études. Or, les auteurs soulignent qu'on ne peut pas réduire l'ETP à la baisse de l'HbA1c. Ils conseillent l'évaluation de l'éducation thérapeutique avec des études qualitatives pour mieux évaluer sa dimension psycho-sociale.

Nous pouvons aussi nous interroger sur les termes négatifs souvent employés par les patients dans notre étude : « perdre » du poids, « baisser » l'hémoglobine glyquée,... Les patients de notre étude se focalisaient beaucoup sur ces valeurs alors même que d'autres n'appréciaient pas que l'infirmier ne leur parle que du poids. Nous pourrions en tant que soignants adopter des termes plus positifs et parler d'améliorer l'alimentation, d'avoir un meilleur équilibre glycémique et d'améliorer la qualité de vie. Selon H. Mosnier-Pudar et G. Hochberg-Parer, le maintien voire l'amélioration de la qualité de vie du patient est un objectif important dans la prise en charge du diabète de type 2 (26). Pour les patients interrogés par E. Dadena et M. Sader, un des principaux intérêts de la prise en charge ASALEE était le bénéfice ressenti sur la qualité de vie (10).

Deux patients de notre étude n'arrivaient pas à exprimer ce qu'ASALEE leur avait apporté. Cela laisse à penser que cette prise en charge reste pour des patients un concept assez flou. Dans l'étude ENTRED 2007-2010 (14), les patients interrogés avaient également une vision floue de la démarche éducative.

4.7 ETP en groupe

Une patiente a soulevé la question d'une prise en charge en groupe comme elle avait pu l'apprécier dans un autre programme d'éducation thérapeutique. Dans ASALEE, certains IDE organisent des groupes de marche afin de faire se rencontrer des patients diabétiques dans le cadre d'une activité physique. Certains mettent aussi en place des groupes de parole de patients tabagiques afin d'aider au sevrage.

En 2007, H. Mosnier-Pudar s'est appuyée sur une revue de la littérature de la Cochrane Collaboration et sur d'autres études pour montrer le bénéfice de l'éducation thérapeutique en groupe (4). D'après cet article, la prise en charge en groupe apporte une émulation et les patients changent plus facilement leurs comportements entraînés par les autres patients. Education thérapeutique en groupe et individuelle ont une efficacité similaire d'après les quelques études les comparant et l'auteur conclut qu'elles sont complémentaires et non exclusives. En 2013, L. Meillet et al. rapportent des résultats

divergents des comparaisons entre éducation thérapeutique individuelle et en groupe, « ne permettant pas de conclure à la supériorité de l'une ou l'autre de ces méthodes » (32).

Il peut sembler intéressant de proposer dans le cadre d'ASALEE une prise en charge en groupe en plus des entretiens individuels afin de permettre le partage d'expériences de patients diabétiques.

4.8 Sophia, autre système d'ETP pour les patients diabétiques

D'autres programmes d'ETP pour les diabétiques existent, certains développés localement et d'autres sur le plan national comme Sophia. Le programme d'accompagnement Sophia a été mis en place en 2008 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) suite au rapport de l'IGAS sur le « disease management ». Après une expérimentation dans quelques Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) entre 2008 et 2011, le programme a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2013. Il est proposé aux patients diabétiques de type 1 ou 2 affiliés au régime général et à d'autres régimes et mutuelles partenaires et bénéficiaires d'une prise en charge à 100% au titre de l'Affection Longue Durée (ALD). Le programme utilise différents supports : des brochures et documents envoyés aux patients (journal Sophia trimestriel), un site internet dédié et des appels téléphoniques par des infirmiers conseillers en santé (fréquence en fonction du risque estimé). Des évaluations médico-économiques du programme ont été réalisées à 1 an, à 3 ans puis en 2015 (33,34). L'évaluation de 2015 sur les effets à court terme ne permettait pas de conclure sur le plan économique à cause du faible recul (34).

En 2015, A. Darlot a réalisé une thèse sur le ressenti des patients ayant adhéré à Sophia dans l'Indre. Il en ressort une satisfaction générale du dispositif. Cependant, une seule patiente notait des changements depuis son adhésion à Sophia. La plupart avaient des difficultés à évoquer ce que Sophia leur avait apporté (35). En 2017, A. Ninet s'est intéressée au vécu de patients diabétiques du Puy-de-Dôme concernant Sophia (36). La moitié des patients interrogés notait une incidence sur le comportement. Dans l'ensemble, ils appréciaient les journaux Sophia qui apportent des informations sur les complications, des témoignages, des recettes de cuisine... En ce qui concerne les appels

téléphoniques, la plupart regrettaient l'absence de face à face avec l'interlocuteur et le fait que celui-ci change d'une fois sur l'autre, empêchant ainsi la mise en place d'une vraie relation soignant-soigné et la création d'un lien de confiance. Les appels étaient souvent inopportuns car non programmés. Les patients de notre étude ayant adhéré à Sophia avaient le même ressenti quant aux appels. La force d'ASALEE est de proposer cette relation privilégiée avec l'IDE, en face à face, de même que le lien qui existe entre IDE et médecin traitant puisqu'ils sont en relation. Cela permet une action davantage centrée sur le patient.

Les patients de notre étude appréciaient d'avoir des documents à leur disposition et certains IDE ASALEE leur remettaient des fiches sur l'alimentation notamment. Une piste d'amélioration d'ASALEE pourrait être le développement de documentation à destination des patients portant sur l'alimentation mais aussi les complications afin de leur laisser une trace des différentes connaissances abordées en entretien et de leur permettre de s'y référer selon leur envie.

5 CONCLUSION

Notre étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs de patients diabétiques de type 2 a apporté des renseignements sur les changements qu'ils avaient perçus suite aux consultations avec un infirmier ASALEE. Leurs attentes au début de la prise en charge étaient variées, tous ont apprécié la bonne relation avec leur infirmier et son expertise. Les patients appréciaient d'être écoutés sans être jugés par un IDE qui prend du temps. Cela leur permettait d'acquérir des connaissances sur les complications, la diététique et l'importance de l'activité physique notamment. La prise en charge centrée sur leurs problématiques les incitait à se motiver pour changer de comportement concernant leur suivi, leur alimentation, la pratique d'une activité physique et l'observance. La plupart ont observé des résultats visibles tels un meilleur équilibre du diabète, une perte de poids, une amélioration du vécu de la maladie et un bien-être. Les patients étaient satisfaits d'ASALEE et trouvaient que c'était une solution intéressante. Les patients recrutés directement par l'infirmier ASALEE de leur secteur estimaient que le dispositif ne leur avait rien apporté.

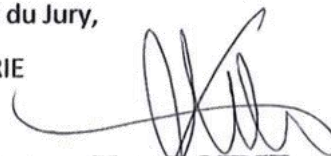
A l'instar d'autres programmes d'ETP, proposer une prise en charge en groupe en plus des entretiens individuels et produire des documents écrits à distribuer aux patients pourrait aussi être envisagé pour améliorer ce programme.

ASALEE permet de prendre du temps avec le patient et faire de l'ETP au sein d'une collaboration médecin traitant - infirmière au plus proche du patient. ASALEE, en déléguant des consultations de santé à des IDSP permet également de répondre à l'augmentation de la demande de soins du fait de la diminution du nombre de médecins, du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques. Une généralisation de cette solution serait de nature à améliorer la prise en charge du diabète de type 2 en France.

A Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



A Clermont-Ferrand, le 27/4/2018
Le Président du Jury,
Pr Yves BOIRIE



Professeur Yves BOIRIE
n° RPPS 10001727915
Service NUTRITION CLINIQUE
CHU-CLERMONT-FERRAND
☎ 0473754937

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016. 86 p.
2. HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2014 [cité 3 déc 2015].
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
3. Institut de veille sanitaire (France). Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France: synthèse épidémiologique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010.
4. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique du patient* et diabète de type 2: que nous apprend la littérature? Médecine Mal Métaboliques. 2007;1(3):80–87.
5. Duke S-AS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. In: The Cochrane Library [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur : <http://cochranelibrary-wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD005268.pub2/full>
6. HAS. Avis N°2012.0006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 du Collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération n°010: « ASALEE: travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des “professionnels de santé” sur le territoire concerné » [Internet]. 2012 [cité 25 févr 2016].
Disponible sur :
https://www.asalee.fr/public/actualite/Avis_favorable_HAS_22_03_2012.pdf
7. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Éval Méd-Économique L'expérimentation ASALÉE Irdes [Internet]. 2008 [cité 3 déc 2015]; Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf>

8. Prato A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. 2011.
9. Py R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. Limoges; 2015.
10. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées: Le point de vue des patients. [PhD Thesis]. Université de Toulouse; 2017.
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.
12. HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. 2013 [cité 3 déc 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf
13. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):81-90.
14. Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010. 2011 [cité 29 févr 2016];
Disponible sur : <http://inpes.customers.artful.net/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
15. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. févr 2009 [cité 30 avr 2018];(679).
Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798309000693>
16. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. 2008 [cité 23 avr 2018].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
17. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. 2010;118.

18. Bras P, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management » [Internet]. 2006 [cité 9 avr 2018].
Disponible sur : http://syndicardio.com/IMG/pdf/2006RapportIGAS_DiseaseMangmt.pdf
19. Legrand K, Gendarme S, Collin J-F, Estève V, Durain-Siefert D, Lerman A-S, et al. Parcours d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : analyse des collaborations et partage des tâches entre professionnels de santé. *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2014;8(1):66-72.
20. Génisson C, Milon A. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2014 [cité 6 avr 2018].
Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3181.pdf>
21. Projet de loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. déc, 2015.
Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/ta/ta0650.pdf>
22. Conseil scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants. Le développement de pratiques infirmières avancées en soins premiers en France. 2018.
23. Moreau A, Kellou N, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*. 2013;(110):268-77.
24. Evaluation Asalée : Daphnee - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation : Présentation - Irdes [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/actualites.html>
25. Müller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie. *Forum Med Suisse*. 2008;8(35):626-31.
26. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Education thérapeutique du patient diabétique de type 2. Phase 5. 2007. 63 p.
27. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques. 2e édition. Elsevier Masson; 2009. 307 p. (Abrégés).

28. Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *Exercer*. 2011;(99):191-200.
29. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. nov 2008 [cité 27 févr 2018];(136).
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
30. 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 [Internet]. Bordeaux; 2016 [cité 7 nov 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01262768/document>
31. Centre de Recherche Innovation et Développement Asalée CRIDA. Evolution des patients diabétiques dans le dispositif Asalée. avr 2018;
32. Meillet L, Combes J, Penfornis A. Prise en charge du diabète de type 2 : l'éducation thérapeutique. *Presse Médicale*. 2013;42(5):880-5.
33. CNAMTS. Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques : évaluation à 1 an et à 3 ans. 2011;102.
34. Couralet P-E. Évaluation médico-économique du programme SOPHIA. 2015;249.
35. Darlot A. Programme Sophia et diabète : ressenti des patients de l'Indre [Internet]. 2015 [cité 21 avr 2018]. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2015_Medecine_DarlotAmelie.pdf
36. Ninet A. Vécu de patients diabétiques concernant le dispositif d'accompagnement Sophia : étude qualitative auprès de quatorze adhérents du Puy-de-Dôme. 2017.

ANNEXES

Annexe I : Courrier IDE



THESE SUR ASALEE – RECRUTEMENT DE PATIENTS.

Madame, Monsieur,

Comme j'ai pu vous le présenter, je travaille actuellement sur la prise en charge des **patients diabétiques de type 2**, par l'association ASALEE en Auvergne.

Je souhaite rencontrer certains de ces patients pour analyser les changements qu'ils ont perçus depuis cette prise en charge.

Pourriez-vous sélectionner des candidats volontaires pour cette étude ?

Cette étude étant une thèse qualitative, je recherche une certaine diversité parmi les patients interrogés. Aussi, pourriez-vous choisir **5 candidats** ayant donné leur accord ? L'idéal est de proposer aux 10 prochains patients diabétiques ayant au moins 1 an de suivi ASALEE sans sélectionner les patients.

Vous pourrez leur remettre la note d'information jointe.

Le tableau « **critères de diversité** » est ensuite à compléter et à me renvoyer.

Merci d'avance pour votre aide,

Pauline Daussin

Dr Laure Rougé
Co-directrice de Thèse
Gannat (03)

Dr Benoit Cambon
Co-directeur de Thèse
Gannat (03)

Annexe II : Note aux patients

Madame, Monsieur,

Je fais actuellement un travail de recherche sur l'association ASALEE.

Dans ce cadre, je suis amenée à rencontrer des personnes diabétiques afin de discuter avec elles de leur prise en charge par l'association. Je vous remercie d'accepter de me rencontrer. Selon les besoins de l'étude, je me permettrai de vous contacter dans les 6 mois qui viennent pour vous proposer un rendez-vous.

En vous remerciant par avance,

Pauline Daussin

Annexe III : Consentement éclairé



CONSENTEMENT ECLAIRE

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative dans le cadre d'une **thèse de Médecine Générale** sur l'association ASALEE. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire. Je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir ni à me justifier ni à encourir aucune responsabilité. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi (loi du 20 décembre 1988 article 15).

Au cours de cette expérience, j'accepte que soient recueillies des données audio sur mes réponses. Je comprends que **les informations recueillies sont strictement confidentielles** et à usage exclusif de l'investigatrice concernée.

J'ai été informé(e) que **mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport** ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Date :

Nom du volontaire :

Investigatrice :
Pauline DAUSSIN

Signature du volontaire :

Précédée de la mention « lu et approuvé » :

Signature de l'investigatrice :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, 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 je 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.

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγείαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἱστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃς κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωύτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξῃς τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃν.
Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε.

Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπήης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποίεοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τάναντία τουτέων.

DOAZAN épouse DAUSSIN Pauline

Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALEE : étude qualitative par entretiens individuels

TH Médecine Clermont-Ferrand 2018

RESUME

INTRODUCTION

ASALEE est une coopération entre des médecins généralistes et des infirmiers en plein développement en France. Elle propose des consultations d'éducation à la santé concernant notamment le diabète par des infirmiers formés à l'éducation thérapeutique du patient.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Analyser les changements perçus par les patients diabétiques de type 2 depuis leur prise en charge par un infirmier ASALEE en Auvergne.

METHODE

Etude qualitative par 15 entretiens individuels semi-directifs réalisés entre janvier et décembre 2017 de patients diabétiques de type 2 pris en charge par ASALEE. L'échantillonnage a été diversifié selon les critères suivants : sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, milieu (rural, semi-rural, urbain), ancienneté du diabète, ancienneté dans ASALEE, autre programme d'ETP, HbA1c, traitement, complications du diabète. Après retranscription intégrale des entretiens, les verbatim ont fait l'objet d'un triple codage puis d'une analyse thématique inductive.

RESULTATS

Avec ASALEE, les patients ont rapporté avoir découvert un nouveau mode de soin original centré sur eux-mêmes où le temps consacré était plus important et où ils ne se sentaient pas jugés. Ils disaient avoir amélioré leurs connaissances concernant notamment les complications, la diététique et l'activité physique. Ils ont pu constater des changements de comportement concrets sur l'alimentation, l'activité physique, l'observance et le suivi du diabète. Ces changements aboutissaient à un diabète mieux équilibré, une perte de poids et un meilleur vécu de la maladie. Quelques patients ont soulevé des freins aux changements, principalement le manque de motivation, la mauvaise forme physique et le conjoint qui cuisine.

CONCLUSION

En accompagnant les patients diabétiques de type 2 par une coopération médecin généraliste - infirmier, ASALEE permet des changements de comportement améliorant l'équilibre du diabète et le vécu de la maladie.

MOTS-CLES

ASALEE, éducation thérapeutique, diabète de type 2, changement de comportement, entretiens individuels, médecine générale, recherche qualitative

JURY

Président :

Monsieur BOIRIE Yves, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Membres :

Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Madame ROUGE Laure, Docteur, Gannat

DATE DE LA SOUTENANCE Jeudi 31 mai 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR