



HAL
open science

Ressenti des patients diabétiques de type 2 sur la pratique d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE : étude qualitative, réalisée dans deux maisons de santé du Lot et Garonne (47)

Pauline Cantier, Jessie Prevost

► **To cite this version:**

Pauline Cantier, Jessie Prevost. Ressenti des patients diabétiques de type 2 sur la pratique d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE : étude qualitative, réalisée dans deux maisons de santé du Lot et Garonne (47). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03456774

HAL Id: dumas-03456774

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03456774v1>

Submitted on 30 Nov 2021

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.



Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2021

Par

Pauline CANTIER

Jessie PREVOST

Née le 06/01/1993

et

Née le 26/04/1994

À Perpignan (66)

À Gap (05)

Ressenti des patients diabétiques de type 2 sur la pratique d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE.

Etude qualitative, réalisée dans deux maisons de santé du Lot et Garonne (47).

Directeur de thèse

Docteur Brice AIME

Rapporteur

Docteur Laurent MAGOT

Jury

Professeur Thierry COUFFINHAL

Président

Docteur Laurent MAGOT

Juge et rapporteur

Docteur Jonathan CORRE

Juge

Docteur Nousone NAMMATHAO

Juge

Remerciements au jury

A notre président le Professeur Thierry COUFFINHAL

*Professeur Universitaire, Praticien Hospitaliser,
Cardiologue, Chef du Centre d'Exploration, de Prévention et de Traitement de l'Athérosclérose
(CEPTA) et Directeur UMR INSERM U 1034 « Biologie des Maladies Cardio-vasculaires ».*

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider le jury de notre thèse.

À notre rapporteur et juge le Docteur Laurent MAGOT,

*Professeur associé de Médecine Générale,
Médecin généraliste à Lons.*

Merci d'avoir partagé avec nous vos nombreux conseils et savoirs, merci pour l'implication dont vous avez fait preuve tout au long de notre travail.

Au juge le Docteur Nousone NAMMATHAO,

*Professeur associé de Médecine Générale,
Médecin généraliste à Prayssas.*

Merci de faire partie de notre jury de thèse et d'y apporter votre expertise.

Au juge le Docteur Jonathan CORRE,

*Médecin Généraliste,
Médecin généraliste à Bon-Encontre.*

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans notre jury et de l'intérêt que vous portez à notre travail.

À notre directeur le Docteur Brice AIME,

*Professeur associé de Médecine Générale,
Médecin généraliste à Samadet.*

Merci d'avoir accepté de nous accompagner dans ce projet et de nous avoir fait confiance. Merci de nous avoir soutenues et guidées tout au long de ce travail. Votre connaissance et votre implication dans le dispositif ASALEE a été un réel moteur pour l'aboutissement de notre thèse.

Remerciements de Jessie PREVOST

« Je dédie cette thèse à mes parents « Thierry et Nadine, Pops et Moums », ils sont mes soutiens les plus précieux. Ils ont été, sont et seront toujours présents dans tous les évènements de ma vie qu'ils soient joyeux ou difficiles. Mes parents : altruistes, généreux, attentionnés et courageux sont les piliers, les fondements de mon histoire.

Maman, merci d'avoir toujours su trouver les mots pour me reconforter quand ça n'allait pas, merci pour ta tendresse, ta douceur et ton infini dévouement. Merci pour toutes les attentions qui ont fait que mes années de médecine ont été plus faciles, des nombreux Tupperware au congélateur aux allers-retours express jusqu'à Grenoble. Merci d'avoir affronté toutes les épreuves avec moi.

Papa, merci d'avoir toujours une solution à mes problèmes et d'avoir l'énergie de te plier en quatre quand il faut réparer/améliorer/réviser/bricoler mes affaires. Merci d'être un papa câlin et affectueux qui me fait rire avec ton humour décalé et approximatif. Je suis heureuse d'avoir eu ton soutien, ta confiance pendant toutes ces années.

Merci pour tous ce que vous avez fait pour moi, tout cela c'est grâce à vous. Je suis fière d'être votre fille. Je vous aime. »

♥ *A ceux sans qui cette thèse n'aurait pas été possible :*

Merci à tous **les patients** qui ont accepté de nous répondre et de nous consacrer du temps. Merci d'avoir été sincères et de nous avoir livré parfois un peu de votre intimité, vos peurs et vos attentes.

Merci à **Annie**, première infirmière ASALEE que je rencontrais, tu as inspiré notre travail. Ton implication et ta dévotion dans le dispositif ASALEE ont été la source d'inspiration de cette thèse.

Je remercie Mme **Barens Isabelle** pour avoir prêté de l'intérêt à notre travail, nous avoir accordé du temps, et nous avoir permis de rencontrer les patients.

Pauline, ma « co-thésarde » mais surtout mon amie, ma confidente, mon Popo, merci d'avoir partagé cette « épreuve » de la thèse avec moi, parce que nous avons réussi à la transformer en moments de partage, de rires, (parfois de désarrois), mais grâce à toi cela m'a paru moins difficile. Tu as su me motiver et m'a permis de donner le meilleur de moi-même. Cette thèse j'en suis fière, c'est une parfaite union de nos idées et de notre travail. Tu es une amie chère, je souhaite que nous continuions à cultiver notre complicité, et ce pour longtemps. Merci mon Popo.

Merci à **Kéké** qui a supporté sans jamais se plaindre nos looongues réunions de thèse, les soirs, les week-ends, les jours fériés...

♥ *A mes pairs :*

L'équipe des urgences d'Agen : Polo, Clément, Nicolas, Meissa, Yann, Jean ... Vous avez rendu mon stage aux urgences (tant redouté) beaucoup plus aisé ! Merci d'avoir partagé votre savoir, vos astuces et surtout votre bonne humeur et votre humour. J'ai moins peur des urgences grâce à vous ! Merci à toute **l'équipe paramédicale des urgences d'Agen** qui m'a guidée et aidée tout au long du semestre.

Tous les formidables médecins généralistes qui ont été mes maîtres de stages : **Claire, Kitterie, Baptiste, David, Pascal, Jonathan et Gille**. Tous passionnés et enthousiastes, vous m'avez transmis vos connaissances et vous avez tous contribué à renforcer mon attachement pour cette profession. Merci à vous j'espère vous revoir tous bientôt.

La team « Vignalou beach » : Noelly, Fanny et Mélanie, en des heures difficiles vous avez été mes rayons de soleil et des confidentes, le stage aurait été si triste sans vous !

Toute **l'équipe médicale et paramédicale de pédiatrie** à Pau, dernier stage de l'internat et pas des moindres, merci pour tout ce que j'ai appris grâce à vous, merci pour ces bons moments.

♥ *A mes amis :*

Le Debrief : Brianne, Sofia, Audrey, Margot et Soazig, qu'aurait été l'internat sans vous... Tout est parti d'une (vraie) rumeur et nous voilà désormais à vivre de vrais moments d'amitié, de complicité et d'affection. Toutes différentes et pourtant toutes complémentaires. Quand je suis avec vous je me sens comme à la maison. Merci pour vos sourires, merci d'être là les filles, je vous aime ! A la prochaine dans de nouvelles aventures palpitantes du Debrief.

La Dream Team des Urgences : Claire ou Zouz, Emilien, tant de vies sauvées à vos côtés... enfin... surtout beaucoup de fous rires et de « je suis dingue de toi ... ». Merci pour votre soutien dans des moments difficiles, et merci d'être toujours là. Vous comptez pour moi.

Les Pruneaux d'Agen : Ananas, Samy, Marion, Julien, Giobi, Antoine, Jérôme, Mélanie, Amalia, FX, mes premières belles rencontres de l'internat, j'ai aimé partager l'internat avec vous, vous avez tous été d'un grand réconfort à mes débuts, si loin de ma famille. J'aimerais « en découdre » encore de nombreuses fois avec vous tous.

Clémence, merci pour ta douceur et ta gentillesse, j'ai hâte de pouvoir te voir plus à Bordeaux.

La Coloc l'Ehpad de la Rhune : Marion, Laura et aussi Marco, je me remémore les soirées soupes (au grand détriment de Marion), le TBC et ce confinement sans pareil avec vous. Vous avez été des amis dévoués, vous m'avez apporté beaucoup de chaleur pendant ce long semestre d'hiver. Merci !

A tous les membres de Sisi la famille, semestre d'été d'Agen, semestre de soleil, de pétanque et de soirées inoubliables. Je vous garde une place dans mon cœur car « Tié la famille ! ».

A ma team de rôlistes : Jean, Yoann, Ben, Marie, Matthieu, merci pour les aventures aussi oniriques qu'effrayantes que nous partageons ainsi que les repas « light » qui n'en finissent plus. Que le cidre continu de couler à flot !

♥ *A mes proches :*

Shona, ma sœur, ma Shoushou, tu es la plus jeune de nous deux mais j'ai toujours cette impression que c'est toi la grande sœur, tu es sage et raisonnée, merci d'être mon petit Jimini criquet et d'être à l'écoute. Je te remercie pour les fous rires, les confidences et les précieux souvenirs que nous avons ensemble. Peut-être que sans la bougie que tu as allumée au commencement je n'en serais pas là, qui sait ? Avec les années je me rends compte qu'« on est des sœurs jumelles » bien plus qu'il n'y paraît, j'espère partager et créer avec toi pleins de nouveaux souvenirs de sœur. Je t'aime ma sœur !

Antoine, Doudou, ton « j'ai attrapé un coup de soleil » à la guitare sous mes fenêtres a eu raison de moi. Je te remercie de régaler mes papilles et de toutes tes attentions qui font de notre vie à deux une surprise de chaque instant. Merci d'être compréhensif, calme et toujours optimiste. Il me semble avoir fait une réussite critique quand j'ai tenté un jet « d'amour », alors j'imagine pouvoir créer de nouvelles histoires enchantées : de licornes et de pays lointains avec toi. Je t'aime Doudou.

Mes grands-parents « Néné et Robert », j'espère que de là ou vous êtes, vous êtes fier de moi. Vous me manquez !

Tatie Jeannine, Christian, Julien et Marion, merci d'avoir même de loin toujours prêté de l'attention à mon parcours. Merci pour les années à Grenoble ou votre accueil était toujours chaleureux et bienveillant.

Remerciements de Pauline CANTIER

A mes parents,

Votre soutien ne se résume pas à mes années de médecine. Merci pour toute la force et tout l'amour que vous me donnez depuis toujours. Merci d'être toujours présents pour moi, à tout instant.

Maman, merci pour toutes ces heures passées au téléphone, pour tes conseils, pour tes mots rassurants, pour tous les bons petits plats que tu me préparais pendant les durs temps de révisions et de concours.

Papa, merci de m'avoir accompagnée et supportée pendant mes jours de concours, d'avoir réussi à me déstresser pendant toutes ces épreuves, pour ton calme, et pour tes conseils.

Et merci pour tous les kilomètres parcourus...! Si j'en suis ici aujourd'hui c'est grâce à vous, merci d'avoir cru en moi, j'espère que vous êtes fiers. Je vous aime.

A mes frères,

Rémi et Clément, je suis chanceuse de vous avoir tous les deux comme frères. Je sais que je peux compter sur vous quoi qu'il arrive. Rémi, on a grandi jusqu'au lycée ensemble, nos meilleures années avec plein de souvenirs, et plein d'entraide, merci d'avoir continué à me soutenir toutes les années qui ont suivi. Clément, je me souviendrai toujours de nos deux années de coloc', merci d'avoir veillé à ma survie avec les stocks de brioches et de Nutella. Merci de m'avoir amenée respirer l'air de la Norvège, c'est sûrement l'un de mes plus beaux voyages. Bref, tout ce chemin parcouru c'est aussi grâce à vous, merci les bro'. Je vous aime. Attention je vous le redirai pas deux fois ! (Blague)

A mes grands-parents,

Simone, Aline, Louis et René, merci de veiller sur moi, je garde plein d'heureux souvenirs passés à vos côtés. Je pense à vous, vous me manquez.

A Caroline et Roxane,

Merci d'avoir été présentes pendant mes études de médecine, avec tous vos encouragements et vos attentions. Merci de rendre mes frères heureux. Vous êtes deux belles personnes, je suis toujours contente de vous retrouver en famille, on a encore plein de bons moments à partager ensemble.

A Manon et Gaspard,

Ma petite Manon, tu es un vrai rayon de soleil que j'adore voir grandir, déjà 2 ans ! J'ai hâte de te retrouver en Belgique ! Gaspard, je suis fière d'avoir été choisie pour être ta marraine, je viens d'apprendre ta naissance à l'instant, j'ai tellement hâte de te rencontrer !

A mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines,

Un immense merci à vous tous pour votre soutien pendant mes longues années de médecine, et pour tous les moments de partage en famille qui m'ont aidée à en arriver jusqu'ici.

A Emma,

De Perpignan à Bordeaux on se suit ! Merci Emma pour ton soutien pendant ces années, merci pour ta joie de vivre !

A Kévin,

Voilà plus de deux ans que tu es à mes côtés. Merci pour ton aide durant ce long travail de thèse, pour ta patience et ton réconfort dans les moments difficiles. Mais surtout, merci pour tout ce que tu m'apportes chaque jour, merci de me protéger, de m'aimer, de me faire rire... merci de me rendre heureuse ! Il nous reste plein de belles choses à vivre ensemble, je t'aime.

A Martine et Thierry,

Merci de m'avoir accueillie avec tant de gentillesse et de générosité au sein de votre famille, merci de m'avoir fait découvrir le plus grand tassou du monde, c'est toujours un grand plaisir de vous retrouver.

A Jessie,

Merci Jessie, merci pour ce long travail qui n'aurait pas été le même sans toi, on a travaillé dur, on s'est soutenues...et on y est arrivées ! Merci à Antoine de nous avoir réconfortées avec ses bons petits plats pendant nos longues journées de travail !

Je me souviens si bien de notre premier jour d'internat, on l'a commencé ensemble, on s'est suivies quasiment tout le long, et on le termine aujourd'hui toutes les deux...Merci d'être cette amie, avec toute ta gentillesse, ta gaieté, ta générosité, et ta bienveillance ! Jessie, tu as été ma « co-thésarde », ma binôme d'internat, ma coloc', mais tu es et resteras surtout une amie en or. Merci pour tout Jessie !

A Audrey, Sofia, Margot, Soazig, et Brianne,

C'est-à-dire qu'on ne savait pas vraiment donc il fallait quand même éclaircir tout ça...: bref un petit débrief ! Merci pour votre soutien, mais surtout un grand merci pour m'avoir suivie aux chenilles, pour les spaghettis, pour votre folie, pour les fous-rires, pour nos vacances et week-ends passés et tous ceux à venir, parce que les débriefs c'est pas fini !!! Merci d'être des amies uniques !

A Claire et Emilien,

Claire, Emilien, merci d'avoir rendu notre premier stage aux urgences totalement dingue. C'était un stage formateur avec des urgences, mais aussi et surtout, beaucoup de blagues. Claire, merci d'avoir été réceptive à mes performances en chant, Emilien merci pour ton énergie sans faille 24h/24, je savais que tu étais déjà un vrai urgentiste !

A mes colocs de la Rhune,

Laura, Marion, Marc, et Jessie, vous étiez mes petits soleils durant ce semestre à Pau, merci pour tout votre soutien durant ces 7 mois. Merci pour les soupes épicées, les pancakes, les puzzles, les soirées, les bons repas du Dimanche, les apéros, le Kinder au cheesecake, les performances au TBC, et merci d'avoir rendu le premier confinement beaucoup plus fun ! Marc, Marion, encore un immense merci de m'avoir suivie jusqu'au Japon.

A Clémence,

Merci pour ta gentillesse, ton écoute, ton amitié, merci pour tous les moments de partage et ton soutien durant l'internat.

A tous mes co-internes d'Agen,

C'est avec vous que mon internat a commencé, premier puis second semestres dans la caverne de l'ambiance : merci à vous tous pour tous ces moments inoubliables partagés ensemble et que je n'oublierai jamais, et pour tous les moments qui ont suivi ensuite ! Merci pour les pétanques, les jeux de société, les soirées ciné, les apéros, et les soirées déguisées jusqu'au bout de la nuit !

A Marie,

Marie, dix ans que l'on se connaît maintenant, depuis la toute première année de médecine : merci pour ton soutien précieux durant nos concours et durant toutes les années qui ont suivi, pour tous nos moments de retrouvailles, et surtout merci pour ta fidèle amitié.

A mes amis d'externat,

Lilia, Charlotte, Valentine, Clotilde, Maria, Raphaël... quelques kilomètres nous séparent depuis la fin de l'externat mais c'est toujours avec le sourire que je repense à tous les moments passés ensemble ! Merci pour toutes ces années de bonheur, j'ai hâte de vous retrouver !

A Fanny, Noelly et Mélanie,

Noelly, Mélanie, Fanny, merci d'avoir mis des paillettes dans mon stage en gériatrie. Fanny, merci pour ton écoute, ton perpétuel sourire, et pour m'avoir fait rire dans les moments de détresse absolue. Noelly et Mélanie, un grand merci pour votre aide dans la gestion de mes visites et de mes 46 paniers...!

A Camille,

Merci d'être toujours présente depuis nos années lycée, pour ta douceur, pour ton soutien, je passe toujours de superbes moments lorsque l'on se retrouve.

A mes maîtres de stage,

A Nousone, Jean-Christophe, Fouad, Pierre, Sabrina, Emma, Isabelle, Séverine, Frédérique, Anne-Charlotte, à l'équipe de gynécologie du CHU Pellegrin, à toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences de l'hôpital d'Agen, à l'équipe de gériatrie de Pau : merci de m'avoir accompagnée durant mes stages, de m'avoir transmis vos expériences et vos savoirs. J'espère en faire bon usage.

A Annie et Isabelle,

C'est grâce à vous que ce projet de thèse est né, mille mercis pour votre aide, votre énergie et toute votre implication depuis le début pour ce travail. J'espère que vous serez fières de le lire. Merci à vous, et merci à ASALEE !

A tous les patients,

Merci à vous tous d'avoir répondu présent pour notre projet de thèse qui n'aurait pas pu aboutir sans votre aide. Merci de nous avoir consacré de votre temps, d'avoir été sincères, et de nous avoir fait confiance.

Table des matières

Préambule	13
Contexte et justification de la recherche	14
1 - Diabète : définition et épidémiologie	14
a) Définition.....	14
b) Epidémiologie.....	14
c) Objectifs thérapeutiques	15
2 - Education thérapeutique.....	16
a) Généralités	16
b) ETP et diabète	17
c) Education thérapeutique collective	18
3 - Dispositif ASALEE	20
a) Historique et fonctionnement du dispositif ASALEE	20
b) ASALEE et la prise en charge des patients DT2	22
4 – Evaluation des actions d’ETP du dispositif ASALEE	23
a) Evaluation des séances d’ETP individuelle	23
b) Evaluation des séances collectives d’ETP	26
5 - Question de recherche et définition des objectifs	27
6- Références.....	28
ARTICLE Les activités de groupe en éducation thérapeutique dans le dispositif ASALEE	32
Introduction.....	34
Méthode	36
Résultats	37
Caractéristiques de la population	37
Activité de marche : motivation, dynamisme, sécurité	38
Un gain social, moral et physique	39
Ateliers culinaires : une mise en pratique des connaissances	39
Organisation et autonomisation des participants	40
Nouvelles activités collectives	40
Pandémie : ralentissement des activités collectives.....	41
Discussion	43
Bénéfices physiques	43
Bénéfices psychiques et sociaux.....	43
Soutien de l’IDE ASALEE.....	43

Nouveautés et perspectives	44
Forces et faiblesses de l'étude.....	44
Conclusion	46
Références	47
ANNEXES	49
1- Annexe 1 : Notifications d'information des médecins généralistes.....	50
2- Annexe 2 : Notification d'information des patients.....	51
3- Annexe 3 : Guide des entretiens semi-directifs	52
4- Annexe 4 : Tableau de codages	54
5- Annexe 5 : Serment d'Hippocrate.....	74

Table des abréviations

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

DAPHNEE : Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DSS : Direction de la sécurité sociale

DT1 : Diabète/Diabétique de Type 1

DT2 : Diabète/Diabétique de Type 2

ECG : Electrocardiogramme

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPST : (Loi) Hôpital patient santé et territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDSP : Infirmière De Santé Publique

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTSS : (Loi) Organisation et Transformation du Système de Santé

RHD : Règles hygiéno-diététiques

URLM : Union Régionale des Médecins Libéraux

Préambule

Cette thèse a été réalisée en binôme.

C'est lors de notre stage ambulatoire chez le praticien niveau 1, au sein d'une même maison de santé du Lot-Et-Garonne, que nous avons découvert les protocoles de coopération Action de santé libérale en équipe (ASALEE) centrés sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP), à la fois individuelle et collective : nous avons rapidement cerné le potentiel de cette association ASALEE. Nous avons également été sensibles à l'implication des patients que nous suivions ; parmi eux beaucoup étaient atteints de diabète de type 2 (DT2).

Nous avons, chacune de notre côté, réalisé un premier travail de recherche sur le dispositif ASALEE pour le portfolio de notre Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale. C'est ensemble que nous avons souhaité, par la suite, approfondir nos recherches en réalisant un travail de thèse à ce sujet.

Nous avons alors poursuivi ensemble nos recherches bibliographiques afin d'affiner notre projet de thèse : peu d'études interrogeaient les patients et s'intéressaient aux activités de groupe en éducation thérapeutique dans le cadre du dispositif ASALEE. Notre participation aux activités d'ETP collective nous a fait prendre conscience de l'importance de ces activités en groupe pour les patients. C'est alors que notre objet s'est focalisé plus précisément sur le ressenti des patients DT2 participant aux activités collectives d'ETP, dans le Lot-et-Garonne, afin d'élaborer d'éventuelles pistes d'amélioration de ces activités.

Le Docteur MAGOT et le Docteur CUMIA-LAMARCHE nous ont guidées dans l'élaboration de notre fiche de projet de thèse, lors de séances d'aide dédiées. Le Docteur MAGOT nous a rapidement orientées vers le Docteur Brice AIME, très impliqué dans le dispositif ASALEE : celui-ci a accepté de nous accompagner en dirigeant notre projet de thèse.

Par la suite, nous avons réalisé et retranscrit chacune 7 entretiens. Nous avons codé chacune chaque entretien, avant de mettre en commun nos codages, et d'optimiser ainsi le choix de nos verbatims. Ce double codage a permis d'augmenter la qualité et donc l'analyse de nos données en vue d'une publication. L'évaluation du recueil des données et l'analyse des résultats ont été faites en commun à chaque étape de l'étude. Le travail de rédaction a été réparti de manière égale. Fréquemment, nous nous concertions tout au long de ce travail, lors de réelles rencontres, ou bien par téléphone et/ou en Visio, et régulièrement avec le Dr Brice AIME.

Contexte et justification de la recherche

1 - Diabète : définition et épidémiologie

a) Définition

Le diabète est défini, selon les critères proposés en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par :

- une glycémie > 1,26 g/L (7,0 mmol/L) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises;
- ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) prélevée au hasard dans la journée ≥ 2 g/L (11,1 mmol/L) ;
- ou une glycémie (sur plasma veineux) ≥ 2 g/L (11,1 mmol/L) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose (1,2).

Le DT2 est la forme la plus fréquente du diabète. Il peut évoluer sans symptôme pendant plusieurs années et générer des complications sans avoir été diagnostiqué. Il est responsable de complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) et macrovasculaires (infarctus du myocarde, artérite et accident vasculaire cérébral).

Le traitement du diabète repose sur la mise en place de règles hygiéno-diététiques (RHD), plus ou moins un traitement médicamenteux, et comme toute maladie chronique, sur l'éducation thérapeutique visant à améliorer l'alliance et l'observance thérapeutique. Il nécessite donc un suivi régulier (3).

b) Epidémiologie

Selon la Fédération Internationale du Diabète, en 2019, environ 463 millions d'adultes âgés entre 20 et 79 ans sont atteints de diabète. 700 millions de personnes seraient atteintes d'ici 2045. La proportion de personnes atteintes de DT2 augmente dans la plupart des pays. Cette pathologie reste sous-diagnostiquée : une personne sur deux, soit 232 millions, méconnaît son diabète. Le diabète cause 4,2 millions de décès par an (4). En France, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) indique que la prévalence globale du diabète était estimée à 5% de la population en 2016. Le DT2 correspond à 90% des cas. Ce chiffre reste sous-estimé puisqu'il ne tient pas compte des personnes

non traitées ou non diagnostiquées. En effet, la maladie pouvant être asymptomatique, 20 à 30% des adultes diabétiques ne seraient pas diagnostiqués. Le DT2 se manifeste généralement après 40 ans et est diagnostiqué à un âge moyen proche de 65 ans. L'incidence est maximale entre 75 et 79 ans avec 20% des hommes et 14% des femmes traités pour cette maladie. Cependant, de plus en plus de jeunes, y compris des adolescents, sont concernés. La prévalence de la maladie a beaucoup augmenté ces dernières années, notamment dans certaines populations, comme les départements d'Outre-mer et les départements les moins favorisés d'un point de vue socio-économique. Cette augmentation s'explique en partie par le vieillissement de la population et par la prolongation de l'espérance de vie des diabétiques. Par ailleurs, les déséquilibres nutritionnels et la sédentarité participent aussi à cette augmentation : une hygiène de vie délétère induit une augmentation générale du poids et du nombre de personnes atteintes d'obésité, constituant un facteur de risque majeur. Certains médicaments, en particulier les neuroleptiques (5), participent également à l'augmentation récente de diabètes induits. Ainsi, l'augmentation de la prévalence du diabète et ses conséquences en termes de morbi-mortalité en font un problème de santé publique majeur (6,7).

c) Objectifs thérapeutiques

L'objectif à court terme de diminution de l'hyperglycémie est l'amélioration des symptômes (soif, polyurie, asthénie, amaigrissement et flou visuel) et la prévention des complications aiguës (infectieuses et coma hyperosmolaire). L'objectif à plus long terme est la prévention des complications chroniques microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie), macrovasculaires (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux et artériopathie oblitérante des membres inférieurs) et la diminution de la mortalité. Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) doit être réalisé quatre fois par an selon le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) affection de longue durée sur le diabète de type 2 si le diabète est déséquilibré, deux fois si le diabète est équilibré.

Les objectifs thérapeutiques sont à adapter aux patients (complications, âge, risque cardiovasculaire, etc.), ainsi l'objectif du contrôle glycémique doit être individualisé. La HAS propose un tableau récapitulatif complet et précis des objectifs d'Hba1c en fonction des caractéristiques des patients.

Les RHD sont primordiales et sont à proposer en première intention dans le traitement du DT2. Elles ont pour objet d'inciter :

- à une activité physique régulière (30 min/j de marche) car elle diminue et stabilise la glycémie et la pression artérielle ;

- à l'amélioration de l'équilibre nutritionnel (apports glucidiques répartis en 3 repas/jour, glucides complexes devant apporter la moitié de la ration calorique quotidienne, réduction des sucres dits « raffinés » et de l'alcool, des fruits et des laitages, augmentation des fibres alimentaires) ;
- à une restriction calorique en cas de surpoids, une perte de poids, de 5 % à 15 % du poids permettant d'améliorer le contrôle glycémique ;
- au sevrage tabagique, afin de diminuer le risque cardiovasculaire ;
- à la correction d'une dyslipidémie par des mesures diététiques et/ou l'observance thérapeutique médicamenteuse ;
- à la bonne observance du traitement d'une hypertension artérielle éventuelle, car elle majore les complications microvasculaires du diabète ;

Ainsi ces RHD sont au centre de la prise en charge d'un patient diabétique, la mise en place de ces nouvelles habitudes de vie passe par l'ETP (3).

2 - Education thérapeutique

a) Généralités

Selon l'OMS, l'ETP a pour but de former les patients à l'autogestion et à l'adaptation du traitement à leur maladie chronique, afin d'optimiser la qualité des soins. Elle doit être réalisée par des soignants formés à l'ETP et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie au quotidien. Le but est de produire un effet thérapeutique complémentaire aux autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.). Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et la société. Elle est essentielle pour les maladies de longue durée, dite chroniques, comme le diabète, même si les patients souffrant de maladies aiguës ne doivent pas en être exclus. L'ETP est un processus permanent, intégré dans les soins, centré sur le patient. Elle doit permettre d'aider le patient à comprendre sa maladie, d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie, donc de maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Elle doit considérer les croyances et représentations du patient, s'adapter à son mode de vie et à l'évolution de la maladie. Elle concerne la vie quotidienne et l'environnement psychosocial du patient, et elle implique autant que possible les familles et les proches du patient. Elle est multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle et inclut le travail en réseau. Elle implique des activités organisées de sensibilisation, d'information,

d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique et social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé (8).

En 2007, la HAS a publié des recommandations concernant l'ETP. Elle rappelle, comme l'OMS, que l'ETP participe à l'amélioration de l'état de santé physique et mental du patient, ainsi qu'à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches. L'ETP a pour objectif l'acquisition et le maintien par le patient des compétences d'auto-soins : soulager les symptômes, réaliser une auto-surveillance, une auto-mesure, adapter des doses de médicament, réaliser des gestes techniques et des soins, prévenir les complications évitables, réagir face à des complications, modifier et adapter le mode de vie, impliquer l'entourage dans la prise en charge de la maladie. Elle permet également au patient d'acquérir de nouvelles compétences d'adaptation, en s'appuyant sur son vécu et ses expériences antérieures : prendre des décisions, résoudre un problème, se fixer des objectifs, faire des choix, s'évaluer, progresser. Tout professionnel de santé (selon la liste du Code de la santé publique) impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique devrait informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP et la lui proposer en fonction des ressources locales (9,10).

Dans un rapport de 2009, le Haut Conseil de santé publique (HCSP) rappelle que l'ETP est une pierre angulaire majeure dans la prise en charge des maladies chroniques, qui sont en constante augmentation en France. Ainsi, elle souligne l'importance de la réalisation de l'ETP en soins primaires, à proximité du patient, et non uniquement en milieu hospitalier. Il est donc nécessaire de former les professionnels de santé et de valoriser leur travail (11).

De même, en 2010, D. Jacquat a établi un rapport dans lequel il rappelle, devant l'augmentation des maladies chroniques, cette nécessité d'augmenter l'offre d'ETP à proximité du patient, en ambulatoire. Le médecin traitant a un rôle majeur dans la promotion de l'ETP. Il doit être formé et connaître l'offre existante locale pour orienter le patient. Il souligne également l'intérêt des maisons et pôles de santé comme étant des lieux de référence pour l'ETP en ambulatoire, avec des équipes pluriprofessionnelles (12).

Devant l'augmentation de la demande de soins en ambulatoire et le manque de temps, il devient difficile pour le médecin traitant d'assurer à lui seul et de manière optimale ce rôle d'éducation thérapeutique.

b) ETP et diabète

En 2013, une étude française nommée DAWN2™ a mis en évidence que les personnes atteintes de DT2 souffrent d'une qualité de vie altérée, laquelle restreint l'efficacité de la prise en charge de cette

pathologie (13). De plus, les patients mais également les membres de leurs familles, souhaitent disposer d'un soutien psychosocial et de programmes d'éducation qui prennent en compte, non pas seulement les aspects médicaux, mais qui les aident à dépasser les obstacles et les difficultés sociales, émotionnelles, économiques, familiales, induites par les contraintes du diabète et des soins qu'il requiert (14). En offrant aux patients des séances éducatives, collectives et/ou individuelles, sur le plan médical, diététique, physique, psychologique et social, l'ETP a considérablement amélioré leur prise en charge (13).

La HAS a établi, en 2014, un guide de parcours de soins pour patients DT2 adultes. Celui-ci comprend un volet consacré à l'éducation thérapeutique et à l'accompagnement du patient, dans le but de l'aider à faire face à sa maladie en ciblant ses besoins (1). L'éducation thérapeutique des patients atteints de DT2 repose sur 4 étapes :

1. Elaborer un diagnostic éducatif :

Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP. Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet. Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales. Identifier avec le patient les objectifs éducatifs.

2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage :

Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique. Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel. Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance :

Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage. Réaliser les séances.

4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement :

Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive. Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

c) Education thérapeutique collective

Il n'existe pas de définition précise et spécifique de l'ETP de groupe dans la littérature. Un article datant de 2008 publié dans le Journal « Diabète Education », propose comme définition de groupe un

rassemblement de personnes qui ont un point d'intérêt commun, par exemple l'autogestion du diabète (15). La taille du groupe peut être très variable, de 2 à 20 personnes. La plupart des équipes semblent s'accorder sur l'importance de groupes ayant des dimensions modérées, de 8 à 10 personnes, permettant des interactions optimales favorisant le partage d'expérience. Avoir un groupe qui présente des préoccupations communes permettrait d'avoir une meilleure adéquation entre l'objectif de l'intervention et les besoins des participants. Mais choisir des personnes différentes afin d'obtenir une certaine hétérogénéité dans le groupe favorise les échanges et le partage. Dans le diabète, il est important de distinguer les groupes de patients diabétiques de type 1 (DT1) et DT2, car les besoins, habitudes de vie, implications dans la maladie, et comportements sont différents. Les lieux où les sessions de groupe peuvent se réaliser sont eux aussi très variables, allant des structures spécialisées à des lieux communautaires. La fréquence et la durée des séances varient beaucoup selon les cas : réunions quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles prévues sur quelques jours à plusieurs mois (16,17). Dans une revue de la littérature, les auteurs de la Cochrane Collaboration ont, eux, utilisé les éléments suivants comme définition : programme d'ETP spécifique pour le DT2, mis en place en soins de proximité ou en milieu spécialisé, avec un minimum de 6 participants par groupe, auxquels peuvent s'associer les familles et les proches, comprenant au moins une session d'une heure. Elle souligne également une homogénéité de groupe comme étant un élément important afin d'optimiser les bénéfices potentiels du partage d'expériences au sein du groupe (18).

C'est au sein de ces groupes que peut intervenir le « patient-expert ». En Novembre 2016, à Paris, lors du colloque annuel de la HAS « La dynamique patient, innover et mesurer », des spécialistes internationaux ont rappelé l'importance d'intégrer l'expérience des patients pour améliorer la qualité des soins, et cette nécessité de reconnaître les savoirs du patient. La loi Hôpital, patient, santé et territoire (HPST) de 2009, en posant un cadre pour l'ETP, a contribué à l'essor des « patients-experts ». Il s'agit de patients atteints d'une maladie chronique ayant acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique, qui souhaite s'impliquer dans une relation d'aide et de partage de ses connaissances et de son expérience de la maladie avec d'autres patients. C'est un patient tout à la fois acteur de sa santé et ressource, non seulement pour ses pairs, mais aussi pour les professionnels de santé. Il ne remplace pas le soignant mais a des rôles multiples :

- Favoriser le dialogue entre les équipes médicales et les malades, l'expression des autres patients.
- Améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes.
- Information d'autres malades sur son savoir expérientiel et son vécu de la maladie.
- Animation d'ateliers, dans le cadre de programmes d'ETP ou de campagnes d'information, prévention ou dépistage de maladies chroniques.

- Co-construction de programmes et ateliers d'ETP avec les professionnels de santé.
- Co-animation avec les professionnels de santé de réunions et rencontres avec les malades chroniques et leur entourage.
- Transmission de son savoir expérientiel et collaboration avec les équipes soignantes (19,20).

Des associations de patients, des universités et des hôpitaux ont lancé des formations destinées à ces patients-experts. Notamment en 2009, C. Tourette-Turgis, enseignante en médecine à l'université Pierre et Marie Curie, a ouvert la première Université des Patients. Elle propose des diplômes universitaires destinés à former des patients-experts sur les maladies chroniques et sur l'éducation thérapeutique. Ainsi le patient usager s'émancipe et revendique son expertise. La France est d'ailleurs l'un des seuls pays à diplômer ses malades (19,21). D'autres pays décident par la suite de diplômer leurs patients, comme par exemple l'université du Québec à Rimouski, au Canada, en 2017 (22).

3 - Dispositif ASALEE

a) Historique et fonctionnement du dispositif ASALEE

Le dispositif ASALEE a été créé le 6 février 2004, dans le département des Deux-Sèvres, à l'initiative d'un médecin généraliste et d'un ingénieur, avec le soutien des médecins de santé publique. L'objectif initial de ce dispositif était d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecins généralistes et infirmières diplômées d'Etat (IDE), où celles-ci joueraient un rôle dans la promotion de l'éducation thérapeutique auprès du patient, et pourrait réaliser certains examens selon un principe de « délégation de tâches » entre médecins et infirmières. Ce dispositif a connu une réelle expansion depuis sa création en 2004, avec deux phases distinctes. Une première phase entre 2004 et 2008, avec une expansion départementale au sein des Deux-Sèvres ; ce dispositif était au départ soutenu financièrement par l'Union régionale des médecins libéraux (URLM) de Poitou-Charentes, puis par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). A partir de 2008, le dispositif a connu une seconde phase de développement avec une extension régionale, puis nationale à partir de 2012, en intégrant l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) en tant que module de délégation des tâches. A partir de 2015 le financement était assuré par un Collège des financeurs (ministère en charge de la santé et principaux assureurs sociaux). Le soutien croissant de l'Etat a donc permis une stabilisation des financements : les infirmières de santé publique (IDSP) sont salariées de l'association ASALEE, celle-ci bénéficie d'une convention avec le ministère de la Santé et touche un budget, par infirmier, versée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs

salariés (CNAMTS) via la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Niort, la caisse pivot (23–25). Ainsi, en 2004, le dispositif comprenait trois infirmières intervenant auprès de douze médecins généralistes exerçant dans trois cabinets médicaux des Deux-Sèvres (23). En 2019, il concernait déjà plus de 700 infirmières et près de 3 000 médecins généralistes, répartis sur le territoire national (26).

Dans un rapport, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) rappelle l'objectif à long terme du dispositif ASALEE. Il est de réorganiser l'offre de soins dans la perspective d'une augmentation et d'une modification de la demande de soins. Le vieillissement de la population, associé au développement des maladies chroniques, augmente la demande de soins en soins primaires. Avec la diminution du nombre de médecins, l'enjeu est de réorganiser l'activité du médecin traitant afin de faire face à une augmentation de la demande, tout en garantissant la qualité des soins. En partageant le suivi avec une IDSP, les médecins devraient pouvoir suivre un plus grand nombre de patients et avoir plus de temps pour les situations « complexes » en se recentrant sur la relation avec le patient, l'activité de synthèse et de prescription. Il est donc attendu une évolution de l'activité des médecins en cabinet, aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs (27).

Le champ d'action de l'IDSP est encadré par des protocoles modélisés et standardisés qui permettent une homogénéisation des pratiques au sein du dispositif (27). Ces protocoles de coopération entre professionnels de santé sont encadrés par les articles L. 4011-1 à L. 4011-3 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST), du code de la santé publique, et soutenus par la HAS. Initié par l'article 51 de la loi HPST de 2009. La loi spécifie que les professionnels de santé s'engageant, à leur initiative, dans une démarche de coopération interdisciplinaire peuvent réaliser entre eux, des transferts d'activité ou d'actes de soins, et réorganiser leurs interventions auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience dans le cadre des protocoles (28,29). Elle a été renouvelée et simplifiée par l'article 66 de la Loi relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019 (30,31).

Ces protocoles de coopération du dispositif ASALEE comportent actuellement quatre volets :

- Protocole dépistage et suivi du patient DT2,
- Protocole de repérage et le suivi du patient à risque cardiovasculaire,
- Protocole de repérage et suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),
- Protocole de repérage des troubles cognitifs avec consultation mémoire (27,32).

L'étude DAPHNEE (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation) a été confiée à l'IRDES par la Direction de la sécurité sociale (DSS), du ministère de la Santé et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM). Elle a pour but de préciser l'opportunité et les conditions d'une pérennisation et/ou d'une généralisation du protocole de coopération ASALEE. Les auteurs notent une baisse significative des hémoglobines glyquées chez les patients ayant participé à des séances d'ETP par un(e) IDE ASALEE en comparaison aux témoins, et ce, d'autant plus chez les patients moins bien équilibrés, le suivi est également amélioré avec la réalisation des examens recommandés (fond d'œil, ECG, HbA1c, micro-albuminurie). Les coûts d'une telle prise en charge est non significativement supérieur aux patients non suivis par ASALEE. Il n'y a pas de modification en ce qui concerne l'activité des médecins généraliste sur un laps de temps court (33).

Le dispositif ASALEE est donc un exemple de coopération pluriprofessionnelle centré sur l'ETP, dont l'objectif est une optimisation du parcours de soins du patient. Il implique une adaptation et une réorganisation des soins ambulatoires, afin de faire face à l'augmentation actuelle de la demande de soins et des maladies chroniques.

b) ASALEE et la prise en charge des patients DT2

Concernant le volet dépistage des patients à risque de diabète et suivi du patient DT2, l'infirmière repère des patients à risque, sur la base de données du cabinet, à qui proposer un dépistage, selon les critères suivants :

- Glycémie : extraction des patients hyperglycémiques (glycémie à jeun $>1,10$ et $< 1,26$ g/L)
- Ou patients de plus de 45 ans ET Indice de Masse Corporelle (IMC) > 28 OU antécédents familiaux de diabète au 1er degré.

Puis elle positionne une alerte dans le dossier médical. Le cas échéant, elle prépare la prescription d'une glycémie après 12 heures de jeûne. Le médecin généraliste du patient reçoit l'alerte et propose au patient une rencontre avec l'infirmière ASALEE, en recueillant son consentement éclairé. Pour les patients DT2 déjà connus ou « nouveaux », l'infirmière les repère dans la base de données du cabinet grâce à une recherche multicritères majoritairement glycémie $> 1,26$ g/L, patients sous antidiabétiques oraux dont une liste en dénomination commune internationale (DCI) et en nom de marques est fournie. Les patients sont intégrés dans le système de suivi national ASALEE avec les résultats d'examen et, si nécessaire, après vérification dans le dossier, des alertes dans le logiciel de gestion de cabinet sont postées si les examens à prescrire ne sont pas prescrits ou non faits. Le médecin généraliste peut inviter le patient diabétique au cours d'une consultation habituelle ou ponctuelle à

bénéficier d'un suivi avec volet éducatif par l'infirmière, avec son consentement, mais l'infirmière déléguée peut également directement proposer au patient de bénéficier d'une prise en charge. Durant la première consultation, l'infirmière réalise un diagnostic éducatif, rappelle les bases hygiéno-diététiques, et établit un plan d'action personnalisé. Concernant le suivi des patients DT2 intégrés, l'infirmière réalise des consultations de surveillance appelées de « routine », où elle vérifie la tension artérielle, le poids, les résultats biologiques, l'observance du patient, elle peut également faire un point éducatif sur des effets indésirables, des techniques d'injections...etc. Au cours du suivi, elle peut être amenée à prescrire un dosage de l'Hba1c, des anomalies lipidiques, de la fonction rénale (créatininémie et clairance), et une microalbuminurie. Elle peut également prescrire et effectuer un ECG (celui-ci sera interprété par un médecin), et un fond d'œil (ou rétinographie dans le cadre de micro-angiopathie). Elle peut aussi prescrire, réaliser et interpréter l'examen des pieds. Ces prescriptions sont intégrées dans le logiciel de gestion de cabinet. Toutes les données collectées sont consignées dans le dossier du patient. Le temps de rencontre est estimé à environ 50 minutes. Il y a environ 4 rencontres par an et par patient atteint de DT2. Médecin et infirmière revoient ensemble chaque dossier lors de staff de débriefing. Si les séances d'ETP individuelles sont bien encadrées par les protocoles ASALEE, il n'y a, en revanche pas de protocoles concernant les activités d'ETP collectives (27,34).

L'IRDES a réalisé une évaluation médico-économique du dispositif ASALEE, au stade de son extension départementale, centrée sur les patients atteints de DT2, selon un modèle d'étude rétrospectif. Elle visait à évaluer l'efficacité et les coûts des soins dispensés aux patients DT2 inclus dans le dispositif ASALEE entre juin 2004 et mai 2007, comparativement à des cas témoins. Les résultats rapportent que les patients inclus dans le dispositif avaient alors leur équilibre glycémique (HbA1c) davantage amélioré par rapport au groupe témoin. De même, les patients réalisaient plus régulièrement les examens de suivi (recommandés par la HAS) et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'Assurance maladie (24).

4 – Evaluation des actions d'ETP du dispositif ASALEE

a) Evaluation des séances d'ETP individuelle

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer l'impact du dispositif ASALEE autour des patients DT2.

En 2008, l'IRDES a mené une étude visant à évaluer l'impact de la coopération entre médecins généralistes et IDSP en cabinet de ville, sur l'efficacité des soins et du suivi des patients DT2 dans le

cadre de l'expérimentation ASALEE. Les indicateurs choisis étaient l'amélioration du taux d'HbA1c (reflet de l'équilibre glycémique) et la fréquence de réalisation des examens de suivi recommandés. La comparaison s'est faite avec un groupe témoin sur des périodes avant/après l'intervention ASALEE. Les résultats sont également en faveur du dispositif ASALEE en montrant une amélioration significative du taux d'HbA1c ainsi qu'une probabilité de rester ou devenir bien suivi significativement plus importantes pour les patients DT2 inclus dans le protocole ASALEE par rapport au groupe témoin (24).

En 2016, une étude, réalisée dans deux cabinets médicaux des Landes, a cherché à évaluer l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients DT2 et l'adhésion des patients au réseau. Elle comparait la réalisation de sept examens de suivi du patient DT2 avant et après l'arrivée du dispositif ASALEE. Pour les deux cabinets confondus, les résultats montrent une amélioration significative pour six examens de suivi, comme par exemple, l'HbA1c, l'examen au monofilament, ou le fond d'œil. Concernant l'adhésion au réseau, 62,5% de l'effectif a poursuivi sa prise en charge au sein d'ASALEE à la fin de l'étude. L'étude conclue donc à une amélioration du suivi des patients DT2 inclus dans le protocole ASALEE (35).

En 2019, Gault Olivier a réalisé une étude descriptive rétrospective multicentrique visant à évaluer et comparer la qualité du suivi des patients DT2 entre une maison de santé pluridisciplinaire ASALEE située dans les Landes et un cabinet de groupe classique situé en Charente-Maritime, en se basant sur les recommandations établies par la HAS. 120 patients ont été inclus dans cette étude. Ce travail révèle une qualité de suivi supérieure pour les patients encadrés par le protocole ASALEE sur plusieurs critères de suivi recommandés par la HAS dont le nombre d'hbA1c, la microalbuminurie, et l'examen au monofilament, ainsi que la pratique d'une activité physique régulière plus fréquente, et un traitement de fond antidiabétique moins lourd chez ces patients (36).

Différentes thèses ont étudié le bénéfice et le ressenti positif des patients lors d'entretiens individuels avec un(e) infirmier(e) ASALEE.

En 2017, Dadena Eugénie et Sader Maya ont travaillé sur le point de vue des patients concernant le protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées. Il s'agissait d'une étude qualitative menée auprès des patients par entretiens semi-dirigés. Les patients concernés étaient incorporés dans le protocole ASALEE et n'étaient pas spécifiquement des patients atteints de DT2, par exemple certains étaient des patients atteints de BPCO ou à risque cardiovasculaire. En conclusion, les participants étaient satisfaits des bénéfices obtenus par le suivi, des qualités de l'infirmière (accessibilité, confiance, écoute) et de sa collaboration avec le médecin (37).

En 2017, Bouchaud Aurélien a réalisé sa thèse sur le vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une IDSP de l'association ASALEE, grâce à des entretiens semi-dirigés, dans le nord des Deux-Sèvres.

L'étude a permis de mettre en évidence les bénéfices ressentis du suivi conjoint médecin-infirmière ASALEE auprès des patients DT2. Il permet de les accompagner de façon optimale dans le parcours de la maladie chronique (38).

En 2018, en Eure-et-Loir, Domecq Marine a étudié le ressenti des patients DT2 sur leur prise en charge par une infirmière ASALEE, dans le cadre d'une thèse qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès des patients. Il en résultait une satisfaction globale des patients malgré une peur initiale de l'inconnu. Ils ont pu bénéficier de conseils leur permettant d'adapter leurs habitudes de vie (alimentation, activité physique), et d'être acteur dans la prise en charge de leur maladie chronique. Grâce à l'infirmière ASALEE ils estimaient avoir une estime personnelle et une qualité de vie meilleures (39).

La même année, Daussin Pauline s'est intéressée aux changements perçus par les patients DT2 à la suite de consultations avec un(e) infirmier(e) ASALEE, en Auvergne. Il s'agissait également d'une étude qualitative par entretiens individuels auprès des patients. Les patients ont découvert un nouveau mode de soin 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. En réponse à ses résultats et face à certaines interpellations de patients, elle évoque, en ouverture, l'intérêt de développer 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 (40).

Toujours en 2018, Gervais Louise-Anne a évalué le vécu des patients concernant leur prise en charge au sein du réseau ASALEE, par des entretiens semi-dirigés menés auprès de 13 patients atteints de maladie chronique en Languedoc-Roussillon. Les patients étaient globalement satisfaits de la qualité des soins fournis, notamment grâce à la dimension éducative du dispositif ASALEE, et en particulier, du temps consacré par l'IDSP en entretiens. Ils semblaient plus motivés. Des changements favorables dans l'état de santé et la qualité de vie des patients ont été observés. Il existe par ailleurs une méconnaissance du réseau. Il y avait néanmoins un aspect contraignant et un essoufflement responsable chez certains patients d'une interruption du suivi, qui n'est pas toujours définitive. Plusieurs patients désiraient bénéficier de plus d'outils, de plus d'activités, et devenir à leur tour acteurs du réseau (41).

En 2020, Etchegoyen Ida, Pagadoy Laurie et Schuck Clément se sont intéressés au ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes. Il s'agissait d'une étude qualitative croisée par méthode focus group (technique d'entretiens de groupe). Les auteurs relèvent des points positifs : qualités des IDSP perçues par les patients (disponibilité, écoute, bienveillance,

confiance), une simplicité administrative, une accessibilité financière (prise en charge par l'assurance maladie) et géographique (ETP en ambulatoire), la coopération entre médecins et infirmières. Ils ont néanmoins soulevé des potentielles pistes d'amélioration : la communication entre professionnels de santé, l'accessibilité à la formation des médecins, l'élargissement de leurs champs de compétences, et la prise en charge de potentielles difficultés d'organisation et psychologiques des IDSP. Des interrogations ont été soulevées également concernant la pérennité du financement par l'assurance maladie et le rôle éventuel des acteurs privés (42).

b) Evaluation des séances collectives d'ETP

La plupart des études d'évaluation des séances d'ETP de groupe ne concernent pas le dispositif ASALEE.

La Cochrane Collaboration a réalisé une revue dont le but était d'évaluer les effets de la formation en groupe centrée sur le patient sur les résultats cliniques, de style de vie et psychosociaux chez les personnes atteintes de DT2. Les études ont été obtenues à partir de recherches informatisées dans de multiples bases de données bibliographiques électroniques, complétées par des recherches manuelles de références bibliographiques d'articles, des actes de conférence et des consultations avec des experts dans le domaine. Il s'agissait d'essais cliniques contrôlés randomisés qui évaluaient les programmes d'éducation en groupe pour les adultes atteints de DT2 par rapport au traitement de routine ou à l'absence d'intervention. Les études n'étaient incluses que si la durée du suivi était de six mois ou plus et que l'intervention était d'au moins une séance avec un minimum de six participants. En conclusion, la formation en groupe sur les stratégies d'autogestion chez les personnes atteintes de DT2 est efficace en améliorant la glycémie à jeun, l'HbA1c et les connaissances sur le diabète et en réduisant la pression artérielle systolique, le poids corporel et les besoins en médicaments contre le diabète (18).

Helen Mosnier-Pudar a réalisé un article concernant l'ETP faite en groupe auprès des patients DT2. Elle s'est appuyée sur la revue de la littérature de la Cochrane Collaboration citée ci-dessus et sur d'autres études pour montrer le bénéfice de l'éducation thérapeutique en groupe. Elle précise que la prise en charge en groupe apporte une certaine émulation : les patients changent plus facilement leurs comportements, entraînés par les autres patients. L'ETP en groupe et individuelle ont une efficacité similaire d'après les quelques études les comparant, l'auteur conclut qu'elles sont complémentaires et non exclusives. Parmi certaines études, beaucoup ont montré des bénéfices dans l'ETP en groupe concernant les modifications de comportement des patients (16,17), Elle cite une étude qui avait pour but d'évaluer la perception de l'ETP de groupe selon les patients. Ils ont rapporté une satisfaction concernant les expériences en groupe réalisées, notamment grâce à l'empathie du groupe et le partage

des sentiments vis-à-vis du diabète. Ils ont pu analyser leur motivation, acquérir des compétences sur l'autogestion de leur diabète. Cela implique que les éducateurs soient capables de promouvoir la mise en place d'une cohésion de groupe pour réussir à modifier des comportements (17,43).

La seule étude d'évaluation d'activité d'ETP de groupe que nous ayons trouvée concernant le dispositif ASALEE ne concerne pas spécifiquement des patients DT2. Timmerman Bernard a évalué en 2012 les effets d'un programme d'activité physique dirigé par des infirmières du dispositif ASALEE, chez des patients à risque cardiovasculaire, au sein d'une maison médicale en Lorraine. Il s'agissait d'une étude prospective, menée grâce à des questionnaires. Les résultats révèlent une progression significative de l'activité physique hebdomadaire ainsi qu'une évolution significative des données physiques et biologiques : baisse de la pression artérielle systolique, diastolique, et de la glycémie à jeun (44).

5 - Question de recherche et définition des objectifs

De nombreuses études ont été réalisées autour du dispositif ASALEE. Nous souhaitons compléter ces recherches.

Les séances d'ETP du patient par l'IDSP se réalisent en individuel mais également en collectif. Peu d'études ont été réalisées sur ces activités collectives.

Nous avons donc décidé de recueillir et analyser le ressenti des patients DT2 concernant les activités d'éducation thérapeutique collectives encadrées par les IDSP, dans le Lot-et-Garonne.

Quel est le ressenti des patients atteints de DT2 participant à des activités d'éducation thérapeutique collectives encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE dans deux maisons de santé du Lot et Garonne.

L'objectif secondaire de notre étude est d'identifier d'éventuels points négatifs qui pourront permettre d'évoquer des pistes d'amélioration pouvant être apportées à ces ateliers collectifs.

Il nous semble important de mentionner que notre thèse est réalisée dans un contexte de pandémie de COVID19, dont les mesures de confinement et de gestes barrières ont freiné les activités d'ETP en groupe, ayant nécessité des adaptations de l'équipe dans la réalisation de celles-ci.

6- Références

1. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. HAS; 2014 [Consulté le 12 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
2. Ameli. Qu'est ce que le diabète ? [Internet]. L'Assurance maladie; 2021 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-comprendre/definition>
3. Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. HAS; 2014 [Consulté le 9 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete
4. International diabetes federation. Faits et chiffres sur le diabète [Internet]. IDF; 2020 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>
5. Djea S. Les complications métaboliques des psychotropes. PSN. 2014;12:51-63.
6. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016, synthèse épidémiologique [Internet]. Santé publique France; 2018 [Consulté le 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/le-poids-du-diabete-en-france-en-2016.-synthese-epidemiologique>
7. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Diabète de type 2 : un trouble du métabolisme principalement lié au mode de vie [Internet]. INSERM; 2019 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>
8. Organisation mondiale de la santé. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. OMS; 1998 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997>
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations relatives à l'éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation [Internet]. HAS; 2007 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2812200/fr/mise-en-oeuvre-de-l-education-therapeutique
10. Articles L1110-1 à L6441-1 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037825747/
11. Haut conseil de la santé publique. Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. HCSP; 2009 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>
12. Jacquat D. Education thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre [Internet]. 2010 [Consulté 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/remise-du-rapport-education-therapeutique-du-patient-propositions-pour-une-mise>

13. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med.* 2013;30(7):767-77.
14. Kovacs Burns K, Nicolucci A, Holt RIG, Willaing I, Hermanns N, Kalra S, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabet Med.* 2013;30(7):778-88.
15. Mosnier-Pudar H. Education thérapeutique. *Diabète Education.* 2008;18(4).
16. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique du patient et diabète de type 2: que nous apprend la littérature ? *Médecine des maladies métaboliques.* 2007;1(3).
17. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des Maladies Métaboliques.* 2008;2(4):425-31.
18. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD003417.
19. Haute Autorité de Santé. Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat [Internet]. HAS; 2016 [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974297/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat
20. Patient expert en 2019 : étape 2.0 vers la démocratie sanitaire ? [Internet]. 2020 [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.capgeris.com/sante-1731/patient-expert-en-2019-etape-2-0-vers-la-democratie-sanitaire-a42327.htm>
21. Université des patients [Internet]. [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://universitedespatients-sorbonne.fr>
22. Emploi Formation Santé. Une Université des Patients à l'UQAR au Canada. [Internet]. 2017 [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.emploi-formation-sante.com/actualite-1899/une-universite-des-patients-a-l-uqar-au-canada-a40100.htm>
23. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe. IRDES; 2018 [Internet]. [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>
24. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE [Internet]. IRDES; 2008 [Consulté le 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2008/bibliographie-chronologique-des-publications.html>
25. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction DSS/SD1B n° 2015-151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs » [Internet]. 2015 [Consulté le 20 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
26. Afrite A, Franc C, Mousquès J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes [Internet]. IRDES; 2019 [Consulté le 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et->

pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf

27. Portail service asalee. Grille de protocole ASALEE [Internet]. 2009 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2>
28. Article 51 Loi n°2009-879 (version initiale du 21 Juillet 2009) [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
29. Haute Autorité de Santé. Avis de la HAS sur le protocole de coopération : ASALEE [Internet]. HAS; 2012 [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1282812/fr/avis-de-la-has-sur-le-protocole-de-cooperation-asalee
30. Agence Régionale de Santé. Protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2>
31. Article 66 Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 (version à jour au 19 juin 2020). [Internet]. Code de la Santé Publique. [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/>
32. Fédération nationale des centres de santé. Protocole Asalée, les centres de santé peuvent adhérer [Internet]. [Consulté le 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/protocole-asalee-les-centres-de-sante-peuvent-adherer>
33. IRDES. Evaluation Asalée : Daphnee : Protocole d'évaluation [Internet]. 2015 [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experimentevaluation/actualites.html>
34. Protocole de dépistage du patient diabétique de type 2 Protocole de suivi du patient diabétique de type 2 [Internet]. 2012 [Consulté le 8 janv 2021]. Disponible sur: https://www.asalee.fr/public/protocoles/Annexe_3_ASALÉE_et_article_51_depistage_et_suivi_patient_maladie_chronique_diabete_type_2_janvier_2012
35. 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 [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Bordeaux; 2016.
36. Gault O. Évaluation et comparaison de la qualité de suivi de patients diabétiques de type 2 entre une maison de santé pluridisciplinaire ASALEE et un cabinet de groupe classique [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Bordeaux; 2019.
37. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : Le point de vue des patients [thèse d'exercice, médecine générale]. Université Toulouse III; 2017.
38. Bouchaud A. Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients du nord Deux-Sèvres [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Poitiers; 2017.

39. Domecq M. Protocole de coopération interprofessionnelle ambulatoire ASALEE et diabète de type 2 : Ressentis des patients sur leur prise en charge par une infirmière ASALEE, en Eure-et-Loir, dans la région Drouaise [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Tours; 2018.
40. Daussin P. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALEE : étude qualitative par entretiens individuels [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Clermont Auvergne; 2018.
41. Gervais L-A. Le patient au cœur du protocole de coopération ASALEE: retours d'expérience et perspectives [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Montpellier; 2018.
42. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus groupe [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Bordeaux; 2020.
43. Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. Health Educ Res. 2003;18(2):191-206.
44. Timmerman B. Evaluation de l'éducation thérapeutique par le biais de l'activité physique en médecine générale, dans le cadre du réseau ASALEE 88, chez des patients à risque cardiovasculaire [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Lorraine; 2012.

ARTICLE

Les activités de groupe en éducation thérapeutique dans le dispositif ASALEE.

Therapeutic education in group supervised by a nurse from the ASALEE system.

PREVOST Jessie, CANTIER Pauline, DAPHNIET Floriane, MAGOT Laurent, AIME Brice.

Une étude qualitative à propos du ressenti de patients atteints de diabète de type 2 sur la pratique d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrée par un(e) infirmier(e) du dispositif ASALEE dans deux maisons de santé dans le Lot-et-Garonne, en région Nouvelle-Aquitaine.

Article au format pour soumission à la revue Médecine.

RESUME

Le dispositif ASALEE est un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s, visant à améliorer la qualité des soins. Il est centré sur l'éducation thérapeutique du patient, réalisée en individuel et en groupe. Cette étude qualitative vise à recueillir et analyser le ressenti de patients diabétiques de type 2 participant à des activités d'éducation thérapeutique de groupe dans le cadre du dispositif ASALEE. Les patients décrivent des modifications dans leur mode de vie, notamment sur leurs habitudes alimentaires et leur pratique d'activité physique, mais aussi d'autres bénéfices comme l'amélioration de leurs douleurs et la perte de poids. Ils apprécient le lien social, le soutien moral et la dynamique qu'apportent ces groupes. On observe une organisation et une autonomisation des patients au sein de certains groupes.

Mots clés : Diabète de type 2, éducation du patient comme sujet, médecine générale, soins infirmiers en santé publique, recherche qualitative.

ABSTRACT

ASALEE is a cooperation protocol between general practitioners and nurses, aiming to improve the quality of care. It's based on individual or collective therapeutic education of the patient.

This qualitative study's primary objective is to collect and analyze the feelings of type 2 diabetic patients participating in therapeutic education group activities supervised by an ASALEE nurse.

Patients interviewed describe lifestyle changes such as new eating habits and more physical activity, and other benefits like lower pain and weight loss. The dynamics of social bonding, moral support, empowerment and motivation are appreciated. In some group, we observed patient' organization and autonomisation.

Keywords : Diabetes mellitus, type 2, patient education as topic, general practice, public health nursing, qualitative research.

Introduction

L'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 (DT2) et ses conséquences en termes de morbi-mortalité en font un problème de santé publique majeur. En France en 2019 on comptait 3,5 millions de personnes traitées pour un diabète. Il cause 34 599 décès par an en France (1). Sa prise en charge repose avant tout sur l'application des règles hygiéno-diététiques, qui ont pour objet d'inciter à pratiquer une activité physique régulière, à améliorer l'équilibre nutritionnel et aider au sevrage tabagique. La mise en place de ces nouvelles habitudes de vie passe par l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (2).

L'ETP permet d'aider le patient à comprendre sa maladie, à acquérir et à conserver les capacités qui l'aideront à vivre de manière optimale avec sa maladie. Elle doit considérer les croyances et représentations du patient, s'adapter à son mode de vie et à l'évolution de la maladie (3). L'étude DAWN2TM a mis en évidence que les patients ayant reçu une ETP individuelle et/ou collective se sentaient mieux armés pour faire face à leur condition, participaient de manière plus active à leurs soins et ressentaient une amélioration de leur qualité de vie (4).

Devant l'augmentation de la demande de soins en ambulatoire et le manque de temps, il devient difficile pour le médecin traitant d'assurer à lui seul et de manière optimale ce rôle d'éducation thérapeutique. C'est ainsi qu'en 2004 le dispositif Action en Santé Libérale En Equipe (ASALEE) voit le jour. Ceci afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecins généralistes (MG) et infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) (5).

L'ETP individuelle prodiguée par un(e) infirmier(e) ASALEE a démontré son efficacité sur l'équilibre glycémique, sur le suivi (fréquence de réalisation des examens de suivi recommandés) et l'adhésion aux soins (8). Des thèses dans différentes régions de France (7,8) ont permis de mettre en évidence d'après les patients une amélioration de leur qualité de vie, de leur estime personnelle, du vécu de leur maladie, l'apport d'une motivation supplémentaire pour le suivi, et une écoute active, en confiance et bienveillance.

Les bénéfices de l'ETP en groupe sur plusieurs critères tels que la connaissance du diabète, l'hémoglobine glycosylée, le poids... ont été mis en évidence par une revue Cochrane (9). Helen Mosnier-Pudar dans une revue de la littérature souligne l'émulation et les interactions pouvant exister dans les groupes d'ETP, ainsi que le partage d'expérience (10).

Si l'efficacité sur le plan clinique et biologique d'une ETP de groupe semble prouvée, nous avons souhaité nous intéresser au **ressenti des patients vivant avec un DT2 participant à des activités d'éducation thérapeutique collectives encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE**. L'objectif secondaire de

notre étude était d'identifier d'éventuels points négatifs qui pourraient permettre d'évoquer des pistes d'amélioration pouvant être apportées à ces ateliers collectifs.

Méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des patients présentant un DT2 et suivis dans deux maisons de santé dans le Lot-et-Garonne.

Les patients ont été recrutés sur les listes des patients DT2 participant aux activités collectives, établies par les deux infirmières ASALEE. Le recrutement et les entretiens ont été menés jusqu'à obtenir la saturation des données.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien rédigé en amont par les investigateurs. Il était organisé autour de quatre axes : le recrutement des patients dans ASALEE, les points positifs et négatifs à la participation aux activités d'ETP collectives, et les points à améliorer selon les patients.

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration de conformité à la norme MR004 auprès de la CNIL. Une analyse d'impact sur la protection des données a aussi été réalisée.

Une note d'information était transmise aux médecins généralistes des patients interrogés, et aux patients ayant accepté de participer.

Pour des raisons de sécurité sanitaire (pandémie de la COVID-19), les entretiens se sont déroulés soit par téléphone, soit en visioconférence (WhatsApp®), et ont été menés par l'un des deux investigateurs.

Le consentement des participants était recueilli oralement, avant les entretiens.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone et chaque verbatim a été retranscrit mot à mot par l'investigateur ayant mené l'entretien. Les données sociodémographiques ont été anonymisées et retranscrites à part.

Chaque entretien a été codé avec une approche phénoménologique, de manière indépendante par les investigateurs via le logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 12 Plus de QSR International®.

Ce double codage a permis l'émergence de thèmes transversaux via une catégorisation des codages permettant une analyse des données. A chaque étape du codage et de l'analyse les chercheurs ont mis en commun leurs résultats (triangulation des codages et des analyses) afin d'obtenir un résultat consensuel.

Résultats

Caractéristiques de la population

Nous avons réalisé 14 entretiens entre décembre 2020 et février 2021. La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes. La saturation des données a été obtenue au 13^{ème} entretien, et vérifiée par le 14^{ème} entretien. Les caractéristiques des patients interrogés sont résumées dans le *tableau 1*.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients (répartition aléatoire)

Sexe	Âge (ans)	Niveau d'étude	Statut professionnel	Maison de santé ASALEE	Type d'activité collective	Début des activités	Modalité de l'entretien	Durée (min)
H	65	Equivalent brevet	Retraité (entreprise familiale agricole)	Port Sainte Marie	Marche Cuisine	2017	Visio (WhatsApp)	41
F	64	Diplôme de fin d'étude obligatoire à l'âge de 16 ans	Retraité (Ouvrière dans les fruits et légumes, distribution de la presse écrite)	Port Sainte Marie	Marche	2016	Téléphone	30
F	75	Bac +2 (école d'infirmière)	Retraîtée (IDE)	Port Sainte Marie	Marche Cuisine	2016	Visio (WhatsApp)	41
F	43	Bac CAP petite enfance BEP carrière sanitaire et sociale Aide-soignante CAP école chauffeur routier	Invalidité (chauffeur routier)	Port Sainte Marie	Marche	2016	Visio (WhatsApp)	66
H	62	CAP chauffeur poids lourd	Licencié (chauffeur livreur)	Villeneuve	Marche	2017	Téléphone	39
F	75	Diplôme de fin d'étude à l'âge de 17 ans	Retraité (commerçante puis mère au foyer)	Port Sainte Marie	Marche	2016	Téléphone	19
H	65	Bac F4 (génie civil et électronique)	Retraité (Ingénieur chez EDF/GDF)	Port Sainte Marie	Marche	2018	Visio (WhatsApp)	15
H	73	CAP	Retraité (plombier chauffagiste)	Villeneuve	Marche	2019	Téléphone	26
F	74	Pas de diplôme	Retraîtée (Vente, entretien)	Villeneuve	Marche	2018	Téléphone	36
F	70	Pas de diplôme (échec CAP cuisine)	Retraîtée (cuisinière)	Villeneuve	Marche	2018	Téléphone	26
F	60	Equivalent brevet	En invalidité depuis 2005 (aide-ménagère)	Villeneuve	Marche	2019	Téléphone	25
F	65	Pas de diplôme	Retraité (aide-ménagère)	Villeneuve	Marche	2018	Téléphone	15
H	65	Equivalent brevet	Retraité (ouvrier dans l'agroalimentaire)	Villeneuve	Marche	2018	Téléphone	20
F	72	N'a pas été scolarisé. Ne sait pas lire ni écrire.	Retraité (ouvrière)	Villeneuve	Marche	2018 ou 2017	Téléphone	22

Activité de marche : motivation, dynamisme, sécurité

La majorité reconnaissait la source de motivation de cette activité collective : « *Ça m'a motivée pour marcher d'abord parce que marcher toute seule je le faisais pas hein... j'étais pas motivée pour marcher toute seule* ». Certains avaient besoin de ce cadre pour débiter et pratiquer une activité physique et ce, régulièrement : « *Mais le fait d'avoir ces séances de marche deux fois par semaine, ça m'oblige mais ça m'oblige avec plaisir.* ». La plupart des patients mentionnait une différence de niveaux entre les participants : « *Et que y'en a qui marchaient bien et d'autres par contre qui étaient en grande difficulté pour euh... marcher de façon un peu soutenue. Il y a une hétérogénéité dans les situations physiques c'est ce que j'ai vue* ». Certains souffraient de problèmes de santé et ne pouvaient plus poursuivre la marche : « *Parce que j'ai eu des ennuis de santé et j'ai arrêté* ». Malgré cela, la majorité des patients soulevait l'esprit d'entraide et de solidarité du groupe : « *Bon c'est pas grave, on s'étire le long de chacun et quand certains prennent un peu trop de distance et ben on s'attend, c'est ça aussi la solidarité du groupe (...) nous chacun marche et je pense qu'il y a une forme d'entraide entre nous* ». La création de groupes par niveau était alors évoquée par plusieurs patients : « *Je sais pas s'ils ont le temps mais il faudrait un groupe de personnes qui marche lentement et un autre qui sont rapides moi je dis.* ».

Par ailleurs, quelques patients se sentaient en sécurité en groupe : « *Une dame elle me disait que... que... vous savez des fois elle avait surpris un Monsieur en tenue légère (...) si on est plusieurs euh... il va pas venir nous embêter* ». Ils redoutaient moins le risque d'hypoglycémie : « *Je marche pas toute seule, parce que voilà... les hypoglycémies voilà, bon j'en fais moins maintenant. Mais il fût un temps, j'en faisais, tous les jours* », ou celui d'un accident : « *Ça me travaille, les gens me disent d'aller marcher, d'aller marcher, d'aller marcher, oui ! Et si je tombe par terre je fais comment ?* ».

La majorité des patients reconnaissait être entraînée par la dynamique de groupe, les amenant à progresser : « *Tandis que là on discute, on discute et quand, bah la dernière fois j'ai fait un km aller, et un km retour, je m'en suis pas rendu compte ! Parce que j'étais en groupe.* » Ces moments de marche permettaient aux patients d'échanger des conseils sur leurs habitudes alimentaires : « *Il disait euh (...) ah mais moi je prépare comme ça, je fais ça* », après lui il fait une assiette individuelle pour lui et sa femme, et il dit « *comme ça on va pas dans le plat en rechercher* » et c'est vrai qu'il a raison ».

Un gain social, moral et physique

La plupart des patients exprimait le plaisir de partager ensemble : « *La convivialité, et je sais pas on passe un bon moment deux fois par semaine* ». Ils décrivaient un impact dans leurs relations sociales : « *Et aussi l'ambiance je sais pas comment vous dire, parce que moi je suis toute seule à la maison. Alors des fois je passe des journées entières toute seule, alors de voir du monde (...) on peut discuter* ». Ils reconnaissaient une amélioration de leur moral : « *C'est surtout la marche qui m'a beaucoup aidé au niveau moral* ». Seulement une patiente avouait avoir des difficultés à s'ouvrir aux autres et restait à distance du groupe : « *Non moi je discute pas avec les autres personnes (...) J'aime bien être juste avec l'infirmière c'est tout ! Je me sens mieux qu'avec plein de monde* ».

La majorité des patients ressentait des bienfaits sur leur santé, avec notamment une amélioration du diabète : « *Il baissait un petit peu et ça allait beaucoup (...) ça allait pas du tout depuis que j'ai arrêté la marche. J'avais plus d'activité ben ça allait pas* », une perte de poids : « *Puis ça fait perdre quand même du poids* », une meilleure respiration : « *Bah au niveau, au niveau ... de, du souffle (...) Avant j'étais essoufflé tout ça, maintenant ça va.* », un soulagement des douleurs : « *Une amélioration dans mes mouvements d'abord, là je suis un peu rouillée parce que je marche très peu* », et même un meilleur sommeil : « *Parce qu'on mangeait trop, bon mais ça c'est vrai que je dors mieux parce que je dormais mal donc bon ça c'était positif* ».

Ateliers culinaires : une mise en pratique des connaissances

Des ateliers culinaires étaient proposés, deux patients interrogés y participaient. Ils disaient avoir quelques bases de diététique, mais souhaitaient bénéficier de conseils : « *J'avais une idée parce qu'étant infirmière on a des formations sur la nutrition tout ça, MAIS, euh... je mettais pas en pratique ce que je connaissais* ». Ils appréciaient être entourés d'une équipe qualifiée : « *C'était très intéressant, avec de bons pédagogues : il y avait la diététicienne qui nous épaulait, nous aidait, avec l'infirmière ASALEE* ». Ils avaient le sentiment d'avoir progressé, ce qui leur permettait d'appliquer ces conseils chez eux : « *Ça me permet de faire des choses que je ne faisais pas avant, au point de vue sucre, moins de sucre, moins de graisses, plus de légumes, plus équilibré si vous voulez, féculents, légumes, fin c'est mieux* ». Ils exprimaient leur volonté de centrer ces ateliers sur le diabète : « *Euh... parfois les groupes de cuisine il faut que ça soit dirigé vers le diabète voilà.* » La fréquence des ateliers n'était pas suffisante pour eux : « *Oui alors on n'a pas pu en faire beaucoup d'une part (...) Faire un peu plus de cuisine pour apprendre, voilà euh... ça pourrait être une requête* ».

Organisation et autonomisation des participants

Les infirmières laissaient s'autonomiser les groupes : « *Oui oui elle (l'infirmière) fédère bien le groupe et c'est important, mais elle nous laisse aussi une autonomie, on se gère, on fait nos rapports réguliers à chaque marche, nous faisons une photo de groupe du jour les fois où elle ne peut pas venir, pour suivre qui vient qui ne vient pas et voilà* ». Une patiente soulignait l'aide d'un patient « référent » qui supervisait le groupe : « *Fin pour moi c'est lui qui vraiment se détache et fait voilà... fin c'est lui qui fait nos tableaux de suite l'infirmière elle lui dit « tiens tu me rajoutes le nom de un tel, tu me refais le planning » donc c'est fait dans la journée il est notre petit ordinateur qui organise tout ça* ». L'infirmière était un soutien pour certains, qui appréciaient sa présence : « *Ben oui parce que ça nous entraine et puis elle a toujours un petit mot vous savez pour nous encourager ou pour nous dire c'est bien* ».

L'organisation était discutée entre les membres du groupe : « *Alors on demandait le jour où ça convenait à tout le monde mais en principe c'était le mardi et le jeudi* ». Une patiente soumettait l'idée d'adapter l'emploi du temps pour tous : « *Ou sinon faire quelque chose une fois par mois pour ceux qui travaillent ou qui peuvent pas venir, ou tous les quinze jours j'en sais rien euh... un samedi après-midi...* ».

Les patients mettaient en place du co-voiturage pour se rendre aux lieux de marche : « *Il existe également du, euh, du, on fait du co-voiturage, ce qui est important, ça nous a été préconisé par l'infirmière qui nous a dit ça serait bien que vous puissiez faire du co-voiturage et on a mis ça en place* ».

Dans un des deux groupes, les patients échangeaient des messages, afin de garder contact et se tenir au courant : « *Il existe également sur WhatsApp un groupe de marche qui s'appelle « groupe de marche ASALEE », donc euh, c'est juste à l'initiative de chacun que ça a été mis en place* ». Dans l'autre groupe, une patiente soulevait ce défaut de communication lorsqu'elle se retrouvait seule un jour de marche : « *Même une fois je me suis retrouvée toute seule (...) parce que y'en avaient qui étaient malades qui avaient une grippe ou des choses comme ça, ça arrive hein !* ».

Nouvelles activités collectives

Beaucoup de patients suggéraient la création de nouvelles activités physiques collectives, comme la gymnastique : « *La gymnastique bon... Oui ! Ce serait pas mal aussi... faire des mouvements de forme, pour une remise en forme* », ou la natation : « *Aller à la piscine, faire des séances où on va tous ensemble* ».

L'idée de la création de groupes de parole centrés sur le diabète a été abordée plusieurs fois : « Donc en parler avec les autres ça me ferait peut-être du bien et je pense qu'aux autres aussi parce que c'est pas facile (...) Ca dédramatiserait cette maladie. Parce que quelques fois c'est mal ressenti », avec une dimension d'apprentissage pour certains : « Il pourrait il y avoir, comment dire... une forma...oui enfin je ne parle que pour moi, une aide à la formation, à la connaissance, à l'approfondissement de la maladie, de la pathologie de chacun ». Une patiente suggérait également « l'art-thérapie » autour du diabète : « Au niveau du diabète ça pourrait être pouvoir exprimer ce qu'on ressent en fait (...) Et L'art-thérapie ça peut être quelque chose pour cracher la haine qu'on a pour cette maladie (...) on pourrait écrire le mot diabète et justement savoir comment on va le marquer et pour donner un nom à ce diabète et savoir où les gens en sont ». En effet, certains patients exprimaient des difficultés à accepter leur diabète : « Oui, oui parce qu'on m'a dit là, face à moi comme ça « ben tu es diabétique ». Alors j'ai pris ça comme ça là... j'ai été un peu choquée si vous voyez. Disons je l'ai mal pris (...) Mais c'est difficile, c'est difficile pour moi de l'accepter encore ».

Pandémie : ralentissement des activités collectives

Courant 2020, la pandémie de la Covid-19 a freiné les activités collectives d'ASALEE : « *Mais vous savez avec ce confinement, j'ai tout arrêté !* ». Face à cela, certains continuaient de pratiquer une activité de marche : « *Mais ces temps-ci là, fin avant le confinement, le deuxième confinement, avec le beau temps et tout je faisais, je partais 2h avec ma fille et son petit chien, et puis on faisait 2km* ». D'autres étaient découragés : « *Je vais pas marcher toute seule je fais rien ! En ce moment je fais rien !* ». Les activités collectives manquaient aux patients : « *Là on fait plus rien, je fais plus rien, bon je vais plus à la piscine, je fais plus rien ... Ca nous manque ! Ça me manque !* ». Ils se sentaient prêts à s'adapter aux gestes barrières pour pouvoir les reprendre : « *Si elle (l'infirmière) me propose une marche euh y'a pas de problème j'y vais hein. Je mets mon masque, je mets tout et puis op* ».

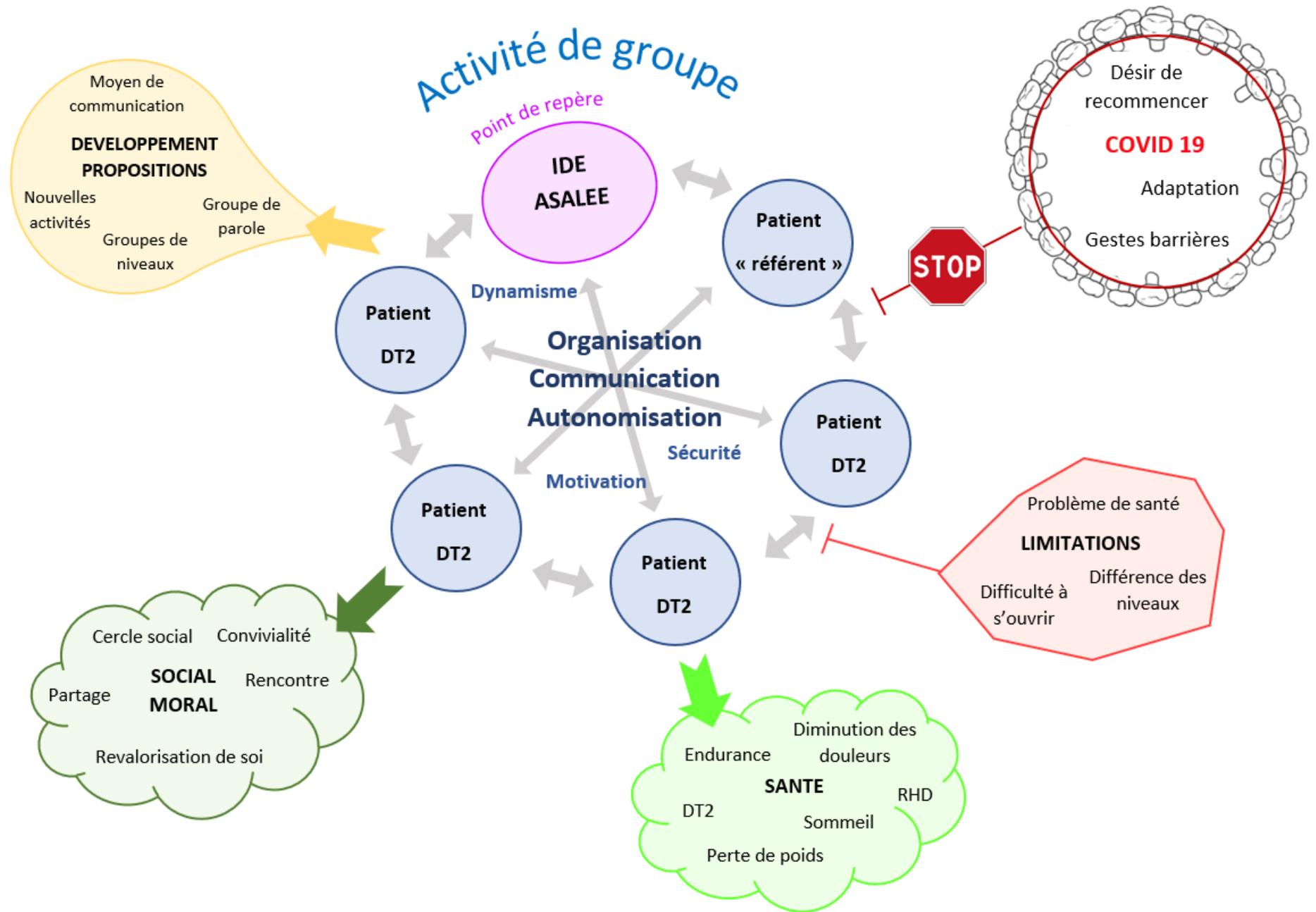


Figure 2 : Schéma conceptuel des résultats

Discussion

Bénéfices physiques

Dans cette étude les patients rapportent des bénéfices liés aux activités d'ETP encadrées par une IDE ASALEE. Ils se sentent motivés pour pratiquer une activité physique, ils expriment pour la plupart avoir besoin de ce cadre pour débiter et persévérer dans l'activité. Le dynamisme qui se dégage du groupe encourage les patients à poursuivre. Ils décrivent une amélioration ressentie de leur diabète, leur poids, leurs douleurs et leur sommeil. Ils expriment une modification de leurs habitudes de vie.

Ces données sont comparables à celles de la littérature : une étude de 2002 met en évidence des améliorations dans le domaine du poids corporel, des attitudes vis-à-vis du diabète, de la qualité de vie et des connaissances sur le diabète grâce au groupe (11). Une supériorité de l'éducation thérapeutique de groupe sur l'éducation individuelle chez les patients DT2 semble être observée pour les interventions sur le mode de vie (alimentation, perte de poids et exercice physique) (12). Celles-ci permettent de favoriser les échanges et les apprentissages grâce aux expériences et aux solutions des uns et des autres (10). L'activité physique est corrélée à une amélioration de la qualité du sommeil (13), à un soulagement des lombalgies chroniques (14) et des douleurs d'arthroses notamment chez les patients sédentaires (15).

Bénéfices psychiques et sociaux

Les patients de notre étude rapportent un soutien moral lié au groupe : il permet une mise à distance temporaire des problèmes personnels et un soutien important par la création d'un cercle social, des échanges, le partage et la convivialité. Une solidarité se crée entre les patients du groupe, prodiguant une sensation de sécurité. Plusieurs études viennent confirmer ces observations : le groupe permet une rupture de l'isolement des participants (10) et une diminution du niveau de dépression (16).

Soutien de l'IDE ASALEE

L'IDE ASALEE est décrite comme une personne importante : elle encourage, soutient et motive. Véritable point de repère au sein du groupe, elle permet aux patients de s'organiser entre eux et ainsi de s'autonomiser. Ce modèle d'éducation thérapeutique de groupe, est décrit par Mensing & al : il correspond à un modèle actuel où le patient, ses attentes et ses besoins sont au centre des préoccupations. Le patient participe, est actif et autonome ; l'IDE ASALEE a un rôle d'éducateur et accompagne le groupe dans sa démarche de résolution des problèmes, sous la forme d'une réunion

interactive. Ceci diffère d'un modèle traditionnel où le patient écoute et où l'IDE ASALEE aurait le rôle d'un professeur (17).

Nouveautés et perspectives

Certaines données nous paraissent originales. L'étude a été réalisée pendant la période de pandémie de la COVID 19 : les patients souhaitent reprendre la marche. Ils exprimaient un manque à la fois vis-à-vis du groupe et à la fois vis-à-vis de l'activité physique. En effet, tous n'ont pas réussi à se motiver et à poursuivre une activité physique. Dans la dimension d'autonomisation, des participants ont créé un groupe de communication sur les réseaux sociaux pour s'organiser.

Des pistes d'améliorations ont été évoquées par les patients. La création de groupes en fonction des niveaux de marche a également été soulevée devant la difficulté de certains à suivre le rythme. Ce projet est en cours d'étude dans l'une des deux maisons de santé.

Enfin, les patients évoquent la création de nouvelles activités de groupe, parmi elles la natation et la gymnastique. La motivation des patients à participer à d'autres activités physiques est commune à d'autres thèses (18,19).

Les participants souhaiteraient des activités plus centrées autour de la parole et du diabète avec la proposition de groupe de parole ou encore des séances d'art-thérapie centrées sur le diabète. En effet, le besoin de parler de leur pathologie, de leur difficulté face à celle-ci, et parfois des difficultés à l'accepter semblent être des motivations importantes pour se réunir entre diabétiques et partager (19). Un travail de thèse a mis en évidence que la création de groupe pour patients DT2 sur les réseaux sociaux permettait aux patients de rompre l'isolement dont ils souffraient, et leurs permettaient de mieux accepter et gérer leur diabète (20). Mosnier-Pudar H. souligne que le groupe permet d'exprimer et de travailler sur des émotions fortes, car il est un lieu de soutien émotionnel basé sur un lien commun, la maladie chronique commune (10).

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est, à notre connaissance, la première en France à s'intéresser au ressenti des patients DT2 participant aux ateliers d'ETP de groupe prodiguée par un(e) IDE ASALEE. Le double codage réalisé augmente la validité interne de l'étude en limitant l'interprétation personnelle et le biais de subjectivité.

L'échantillonnage est peu varié, cependant il est le reflet de la population présentant un DT2, population plutôt âgée et donc souvent retraitée.

Du fait de la pandémie de la COVID-19 les entretiens ont été réalisés soit par téléphone, soit en visioconférence et enregistrés par ces moyens. Ce médium de communication a pu modifier l'expression des patients et limiter l'analyse du langage non-verbal. La retranscription des entretiens a parfois été gênée par la difficulté de compréhension de certains mots, cependant le sens des idées des patients a été respecté. Nous avons donc essayé de limiter ce biais de transcription.

Enfin, nous n'avons pu interroger que deux participants du groupe cuisine, ce qui limite l'expression des idées à ce sujet.

Conclusion

Les patients DT2 participant à des activités d'ETP en groupe dans le cadre du dispositif ASALEE décrivent des bénéfices tant sur le plan physique avec une amélioration ressentie de leur santé, que sur le plan moral et social. La dynamique et la motivation qui se dégagent de ces groupes encouragent les patients à la pratique d'une activité physique. L'encadrement par un(e) IDE ASALEE leur apporte un support et un point de repère. Une autonomisation et une organisation au sein de ces groupes se dessinent au fil des séances.

Ces résultats encouragent le développement et la généralisation de ces groupes d'ETP dans des structures adaptées afin de permettre à plus de patients d'en bénéficier. Une réponse pourrait être apportée à la demande des patients : diversifier l'offre d'ETP de groupe qui est actuellement essentiellement centrée sur les groupes de marche.

Cette étude pourrait être élargie à d'autres patients tels que les patients obèses ou tabagiques. Des travaux complémentaires seraient intéressants afin d'étudier les modifications des chiffres d'HbA1c chez des patients bénéficiant d'une ETP individuelle versus ETP individuelle et ETP de groupe.

Pour la pratique

L'ETP de groupe dans le cadre du dispositif ASALEE est appréciée des patients. Elle permet un accompagnement de ceux-ci dans la perception de leur santé.

Cette méthode apporte aux patients un moyen de socialisation et une amélioration de leur moral, ce qui augmente leur motivation, dans une dynamique d'empowerment.

Il semble exister un intérêt au développement de cette pratique en soins premiers afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Cependant, la pratique de l'ETP de groupe est favorisée par des infrastructures adaptées, ou des regroupements de structures, mais surtout une formation spécifique des professionnels ainsi qu'une dynamique de travail pluriprofessionnel (co-construction, animation, évaluation, modifications des ateliers ...).

Références

1. Santé Publique France. Diabète [Internet]. 2019 [cité 12 juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/>
2. Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2014 [cité 9 novembre 2020]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete
3. Organisation Mondiale de la Santé. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. 1998 [cité 8 novembre 2020]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997>
4. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med*. 2013;30(7):767-77.
5. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE [Internet]. 2008 [cité 24 novembre 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2008/bibliographie-chronologique-des-publications.html>
6. Gault O. Évaluation et comparaison de la qualité de suivi de patients diabétiques de type 2 entre une maison de santé pluridisciplinaire ASALEE et un cabinet de groupe classique [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Bordeaux, 2019.
7. Daussin P. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALEE : étude qualitative par entretiens individuels [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Clermont Auvergne, 2018.
8. Etchegoyen I, Pagadoy L, Schuck C. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus groupe [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Bordeaux, 2020.
9. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003417.
10. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2008;2(4):425-31.

11. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care*. 2002;25(2):269-74.
12. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001;24(3):561-87.
13. Davenne D. Activité physique et sommeil chez les seniors. *Médecine du Sommeil*. 2015;12(4):181-9.
14. Gordon R, Bloxham S. A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare*. 2016;4(2).
15. Vignon E, Valat J-P, Rostignol M, Avouac B, Rozenberg S, Thoumie P, et al. Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS). *Joint Bone Spine*. 2006;73(4):442-55.
16. Rahimi Z, Kooshan M, Akrami R, Rad M. Effect of Peer Support Group on the Level of Depression in Type 2 Diabetic Patients: A Randomized Clinical Trial. *EBC*. 2019;9(3).
17. Mensing CR, Norris SL. Group Education in Diabetes: Effectiveness and Implementation. *Diabetes Spectrum*. 2003;16(2):96-103.
18. Glatt T. Evaluation de la qualité de vie chez les patients participants aux groupes de marche menés par les infirmières ASALEE dans les Vosges [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Lorraine : Faculté de médecine de Nancy, 2019.
19. Descamps P. Vécu des patients diabétiques ayant participé aux ateliers d'éducation thérapeutique en groupe à la maison de santé d'Outreau [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Lille 2, 2016.
20. Saudo M, Dzeraviashka P, Magot L, Vincent Y-M. Perceptions et émotions de patients diabétiques de type 2 concernant leur diabète pendant le premier confinement dû à la Covid-19 : analyse netnographique. *Med Mal Metab*. 2021.

ANNEXES

1- Annexe 1 : Notifications d'information des médecins généralistes

Notification d'information des médecins généraliste responsables de la prise en charge des patients



Bonjour,

Nous sommes Pauline CANTIER / Jessie PREVOST, deux internes en médecine générale. Nous avons réalisé notre stage ambulatoire de niveau 1 au sein de vos équipes.

Lors de notre stage, nous avons été sensibles à l'activité d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du dispositif ASALEE.

Nous avons donc comme projet de réaliser notre thèse autour de ce dispositif. L'objectif est de recueillir le ressenti des patients sur le suivi d'activités d'éducation thérapeutique en groupe encadrées par des infirmières ASALEE dans le Lot-et-Garonne, dans le but de déterminer les intérêts et les freins de ces activités pour les patients atteints de diabète de type 2.

Il s'agit donc d'une thèse qualitative, avec des entretiens semi-directifs menés auprès des patients diabétiques de type 2 intégrés dans le dispositif ASALEE, et participant aux activités d'éducation thérapeutique en groupe proposée par les infirmières ASALEE, au sein des maisons de santé de Prayssas et Port-Sainte-Marie.

Dans le contexte de la pandémie COVID19, nous préférons réaliser ces entretiens par Visio (Skype, Messenger), afin de limiter les contacts et de permettre une analyse des expressions non verbales sans le port du masque. Les échanges seront enregistrés grâce à une application dictaphone de nos Smartphones. Les réponses seront rendues anonymes. Les patients pourront à tout moment exercer un droit d'accès, de rectification ou d'effacement sur l'enregistrement. Les enregistrements seront détruits une fois l'étude menée à son terme. Le consentement des patients pourra être retiré à tout moment. De même, vous pourrez retirer votre consentement à tout moment si vous le souhaitez.

Cette étude respecte la méthodologie de référence définie par la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Vous êtes les médecins responsables des patients que nous allons interviewer, nous avons donc besoin de votre consentement afin de réaliser notre projet de thèse, grâce à une signature (informatique ou manuscrite) en bas du document, si vous êtes en accord avec les conditions de réalisation de l'étude.

Cordialement,

CANTIER Pauline et PREVOST Jessie.

2- Annexe 2 : Notification d'information des patients

Notification d'information des médecins généraliste responsables de la prise en charge des patients



Bonjour,

Nous sommes Pauline CANTIER et Jessie PREVOST, deux internes en médecine générale.

Nous réalisons ensemble un projet de thèse dont l'objectif est de recueillir le ressenti des patients sur le suivi d'activités d'éducation thérapeutique en groupe encadrées par des infirmières ASALEE dans le Lot-et-Garonne, dans le but de déterminer les intérêts et les freins de ces activités pour les patients atteints de diabète de type 2.

Nous vous remercions de vous intéresser et de participer à notre projet de thèse. Pour cela, nous avons besoin de votre consentement écrit, grâce à une signature électronique ou manuscrite en fin de page, si vous acceptez les conditions dans lesquelles l'enquête est réalisée.

Nous allons discuter des activités d'éducation thérapeutique de groupe proposées par les infirmières ASALEE. Ce qui nous intéresse c'est de bien comprendre votre point de vue, comment vous voyez les choses. Parlez-moi le plus librement possible.

Sachez que vous êtes libre de répondre à nos questions sans obligation et que la non transmission d'une information de votre part ne pourra aucunement vous être reprochée.

Dans le contexte de la pandémie COVID19, nous préférons réaliser ces entretiens par visio (Skype, Messenger), afin de limiter les contacts et de permettre une analyse des expressions non verbales sans le port du masque.

Nous précisons que notre échange va être enregistré grâce à une application dictaphone de nos Smartphones. Il sera anonymisé et vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses dans le cadre de cette thèse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom.

Nous serons les deux seules, avec notre maître de thèse, le docteur Brice AIME, à avoir accès au traitement de ces données, aucun algorithme informatique ne sera utilisé. De plus vous pourrez à tout moment exercer un droit d'accès, de rectification ou d'effacement sur l'enregistrement, et ce dernier sera détruit une fois l'étude menée à son terme. Vous pourrez également retirer votre consentement, vous opposer à la diffusion de ces données ou encore les récupérer afin de les transmettre à une autre personne.

Enfin sachez que cette étude respecte la méthodologie de référence définie par la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, et que vous serez à tout moment en droit de saisir cette autorité afin porter une réclamation.

Cordialement,

CANTIER Pauline et PREVOST Jessie.

3- Annexe 3 : Guide des entretiens semi-directifs

Guides des entretiens semi-directifs avec les patients

Informations données avant l'entretien :

« Bonjour,

Pauline CANTIER / Jessie PREVOST, interne de médecine générale, merci d'avoir donné votre consentement et de me recevoir pour cet entretien réalisé dans le cadre de notre travail de thèse. Vous êtes libre de répondre à nos questions sans obligation et la non-transmission d'une information de votre part ne pourra aucunement vous être reprochée.

Cette enquête a pour intention de recueillir le ressenti des patients sur le suivi d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par des infirmières ASALEE, dans le but de déterminer les intérêts et les freins de ces activités pour les patients atteints de diabète de type 2.

Nous allons discuter pendant environ trente minutes des activités d'éducation thérapeutique de groupe proposées par les infirmières ASALEE. Ce qui m'intéresse c'est de bien comprendre votre point de vue, comment vous voyez les choses. Parlez-moi le plus librement possible.

Je tiens à vous préciser que notre échange va être enregistré. Il sera anonymisé et vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses dans le cadre de cette thèse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom. Les deux co-thésardes ainsi que notre maître de thèse, le docteur Brice AIME, seront les seuls à avoir accès au traitement de ces données, aucun algorithme informatique ne sera utilisé. De plus vous pourrez à tout moment exercer un droit d'accès, de rectification ou d'effacement sur l'enregistrement, et ce dernier sera détruit une fois l'étude menée à son terme. Vous pourrez également retirer votre consentement, vous opposer à la diffusion de ces données ou encore les récupérer afin de les transmettre à une autre personne.

Enfin sachez que cette étude respecte la méthodologie de référence définie par la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, et que vous serez à tout moment en droit de saisir cette autorité afin porter une réclamation. »

Description de la population et données socio-professionnels :

- Sexe
- Âge
- Activité professionnelle en cours ou statut retraité
- Niveau socio-culturel
- Date du début du suivi des activités d'éducation thérapeutique de groupe par une infirmière ASALEE

Grille d'entretien - Questions ouvertes :

1/ Comment avez-vous connu les infirmières ASALEE et intégré leurs activités d'éducation thérapeutique en groupe ?

2/ Quel a été votre ressenti, et vos premières impressions au début de votre participation aux activités thérapeutiques de groupe encadrées par l'infirmière ASALEE ?

3/ Quels points positifs reprenez-vous concernant votre participation aux activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par l'infirmière ASALEE ?

4/ Quels points négatifs reprenez-vous concernant votre participation aux activités thérapeutiques de groupe encadrées par l'infirmière ASALEE ?

5/ Quels sont les points à améliorer selon vous ?

Sujets à aborder – Relances :

- Modalités du suivi des activités d'éducation thérapeutique de groupe :
 - Type d'activité proposée
 - Fréquence des activités
 - Nombre de patients participant par activité
 - Types de patients sélectionnés par les IDE pour la réalisation des activités
 - Types de professionnels réalisant et participant aux activités
 - Entente du groupe de patients participant aux activités
 - Temps consacré et accessibilité aux activités (en fonction de la vie personnelle, de la vie professionnelle des patients et de l'accessibilité financière)
- Changements apportés par le suivi des activités d'éducation thérapeutique de groupe :
 - Connaissances sur le diabète
 - Activité physique
 - Habitudes alimentaires
 - Poids
 - Bien être ressenti
 - Surveillance du diabète
- Contraintes rencontrés/ Freins

4- Annexe 4 : Tableau de codages

Catégorie	Sous catégorie	Codage	Verbatim (exemple)
Les différents Acteurs dans ASALEE	Médecin	Information et recrutement Recrutement	<p>PC, P3 : « Alors je les ai connues par mon médecin qui m'a dit euh (...), et elle m'a dit vous savez qu'il y a un groupe de marche qui s'est formé, et c'est géré par une infirmière de santé publique »</p> <p>JP, P7 : « Euh... Beh quand mon diabète a été diagnostiqué le médecin traitant m'a... m'a proposé d'être suivi beh par l'infirmière »</p> <p>PC, P1 : « Voilà il (le médecin traitant) m'a parlé de ça « est-ce que tu veux l'intégrer » il m'a dit et donc bon j'ai accepté et j'ai dit oui pourquoi pas parce que bon ! »</p> <p>PC, P9 : « Ah ben c'est par ma doctoresse qui m'a envoyée chez cette dame là. »</p>
		Déléguer	<p>PC, P9 : « Que la doctoresse elle peut pas trop faire avec le monde qu'ils ont »</p> <p>PC, IC : « C'était pour le suivi c'était lui (le médecin traitant) en fait il se déchargeait de tout ce qui était diabète tout ça plutôt que de prendre rendez-vous avec lui il préférait que j'aille voir l'infirmière pour euh ben gagner du temps et éviter de venir le voir à lui trop souvent quoi (...) Alors oui non mais certainement que c'était dans le but de m'aider et que elle était faite pour ça mais moi après c'est l'impression que j'ai eue que c'était pour euh... pour euh... il avait beaucoup de rdv et tout ça et que comme il y avait quelqu'un de spécialisé pour le diabète et que voilà, il se déchargeait en me disant d'aller voir l'infirmière qu'elle était là pour ça et que ça évitait en fait que je prenne des rendez-vous avec lui qui n'étaient pas inutiles mais qui prenaient du temps pour des choses que elle elle pouvait faire, me peser, me euh savoir la tension et tout ça »</p>
	Patients	Découverte	<p>PC, P10 : « Non avant je connaissais pas, je l'ai connu par le docteur »</p> <p>JP, P11 : « Non, jamais, je savais même pas que ça existait »</p> <p>JP, P7 : « Ah j'ai jamais entendu parler non ! »</p>
		Intérêt	<p>PC, P3 : « Voilà donc je lui ai dit que ça m'intéresserait d'y aller (...) je lui ai dit que j'aimais marcher (...) Euh j'apprécie... d'abord j'adore faire la cuisine donc pour moi ça ne pose pas de problème particulier. »</p> <p>JP, P2 : « Et moi vraiment, la marche ça m'intéresse énormément. »</p> <p>JP, P12 : « Non ! La marche ça m'intéressait pas d'abord et... Ca me dit rien. »</p> <p>JP, P7 : « J'aime pas trop trop marcher mais en groupe ça va. »</p>

	Infirmière ASALEE	Être actif	<p>JP, P14 : « Ah oui je faisais de la piscine, je faisais du chi-kong, je faisais de l'aquagym, de la gym au stadium ... Je faisais pas mal de trucs ! Là on est arrêté et ... ça manque, ça manque. On n'est pas bien ... »</p> <p>JP, P6 : « Après je fais du sport quand même ! Enfin quand c'est ouvert. 2 fois par semaine je fais 1h de sport. En salle vous savez. »</p>
		Rencontre	<p>PC, P3 : « Donc j'y suis allée, j'ai vu l'infirmière, et j'ai intégré le groupe de marche dans la foulée, euh quelques temps après (...) JP, Et en plus, euh, donc elle m'a expliqué comment ça fonctionnait, les ateliers qu'elles allaient faire »</p> <p>PC, P9 : « Ah ben c'est elle (l'infirmière) qui nous a proposé si je voulais marcher. »</p>
	Recrutement	<p>JP, P13 : « Beh c'est-à-dire elle m'a, elle m'a, elle nous avait convoqués, et elle nous avait parlé des choses qu'il fallait faire, et il fallait faire de l'exercice surtout. Et c'est là qu'elle nous avait parlé du club de marche, ils allaient marcher le mardi. Voilà. »</p> <p>JP, P2 : « Et c'est l'infirmière qui m'a proposée de faire la marche. »</p>	
	Motivations du patient	Diabète	<p>PC, P4 « Ouais je venais de faire un diabète hyperglycémique. »</p> <p>PC, P1 : « C'est sympa si ça peut m'aider dans ma démarche de tentative de guérison. »</p> <p>JP, P13 : « Beh parce que ... parce que mon diabète était en haut. Oui ! J'avais 11 de ... oui 11 c'était monté à 11 ! »</p> <p>PC, P9 : « Et puis bon pour euh question de ce diabète mais même pour autre chose hein parce que quand on arrive à un certain âge euh... c'est quand même bien de marcher quoi. »</p> <p>JP, P7 : « Ah ben pour ma santé il fallait que je marche. »</p>
		Tabac	<p>PC, P10 : « et elle m'a dit que je devais arrêter de fumer aussi (...) elle (l'infirmière) me donne des trucs pour arrêter de fumer »</p>
		Poids	<p>PC, P9 : « C'est à dire que comme j'avais grossi je voulais aller dans un truc pour maigrir »</p> <p>PC, P5 : « Pour perdre du poids... je suis à 120 kilos et... voilà »</p>
	Alliance	Duo médecin/ASALEE	<p>PC, P1 : « je ne connaissais pas ce principe de « tri-parti » c'est à dire de l'interaction entre le médecin, l'infirmière ASALEE qui fait le relai, et le patient. »</p> <p>PC, P10 : « Puis elles travaillent ensemble toutes les deux hein alors tout ce que je lui dis elle le passe au docteur et le docteur il me dit ce que je dois faire. Elles sont très liées toutes les deux et pour moi c'est mes anges gardiens quoi. » / « Ah oui c'est très important parce que autant l'une que l'autre elles me soutiennent et elles m'aident à m'en sortir vous voyez »</p>

		Moment dédié	<p>PC, P10 : «Alors toutes les deux là j'avoue que je peux pas m'en passer. Une fois par mois il faut que je vois l'infirmière (...) Ben une heure. Ah non non le médecin il me prend une heure aussi, elle me consacre beaucoup de temps aussi. Toutes les deux elles me consacrent beaucoup de temps »</p> <p>PC, P1 : « Moi je trouve que l'interface entre ASALEE et le médecin est très importante parce que si je m'étais contenté juste de rendez-vous réguliers avec le médecin qui lui, a son temps de travail qui ne peut pas rentrer dans le détail et passer trop de temps avec le patient, donc c'est très important la parole, l'information, et c'est très important ce concept d'ASALEE. »</p>
Activité en groupe cuisine	Diététique	Savoir	<p>PC, P1 : « J'avais quelques notions, de... des valeurs nutritives des aliments, des choses comme ça, des associations...euh... mais bon c'était très intéressant. »</p> <p>PC, P3 : « J'avais une idée parce qu'étant infirmière on a des formations sur la nutrition tout ça, MAIS, euh... je mettais pas en pratique ce que je connaissais ouais »</p>
		Besoin	<p>PC, P3 : « J'avais une idée parce qu'étant infirmière on a des formations sur la nutrition tout ça, MAIS, euh... je mettais pas en pratique ce que je connaissais ouais »</p>
		Apprentissage	<p>PC, P1 : « Ca m'a apporté oui effectivement puisque, euh, ça m'a, ça m'a... comment dire... donné un peu plus de connaissances sur la manière de cuisiner » / « Chaque fois on apprend des choses, on apprend toujours dans la cuisine » / « Donc j'aime bien la cuisine, je m'y intéresse, et c'est quelque chose que je n'ai jamais appris au départ, mais que je pratique mais dont je n'ai pas les connaissances donc j'apprends. J'apprends l'interaction entre les aliments, ceux qui peuvent faire du bien, ceux qui peuvent faire du mal, ce qu'il faut faire, ne pas faire etc. »</p> <p>PC, P3 : « Et puis ça me permet de euh, de... devoir ce que je peux faire à la maison pour mon régime (...) donc ça me permet de faire des sauces que je ne connaissais pas fin faire un tas de choses que je ne connaissais pas. J'avais une idée parce qu'étant infirmière on a des formations sur la nutrition tout ça, MAIS, euh... je mettais pas en pratique ce que je connaissais ouais, ça me permet de faire ça. Voilà (...) après ça se passe très bien, on apprend plein de choses »</p>
	Limites	Locaux	<p>PC, P1 : « Donc oui c'est un peu... un peu exigü là où nous travaillons. Quand on est quatre ou cinq debout, c'est un peu exigü. Donc c'est vrai que Mme T était en recherche de cuisine plus adaptée donc voilà. (...) Oui voilà, elle n'est pas très adaptée mais ça n'est pas grave, on s'adapte ! »</p> <p>PC, P3 : « Mais euh, alors ce qui pourrait être amélioré c'est ça que je veux dire parce que bon elles ont, elles sont pas beaucoup de place dans le euh, dans la petite cuisine qu'elles ont (...) enfin c'est un manque de place voilà. »</p>

Activités en groupe marche	Cuisiner en équipe	Accès	<p>PC, P3 : « Donc le premier atelier bon j'ai pas pu y aller, parce que bon on peut y aller que trois par trois donc bon c'est un peu difficile pour y aller régulièrement si vous voulez, donc j'y suis allée une fois oui. » / « Ce qui pourrait être amélioré c'est que effectivement on pourrait être beaucoup plus parce qu'on serait euh... fin on irait plus souvent voilà. C'est ça qui devrait être amélioré voilà. (...) »</p> <p>PC, P1 : « Oui alors on n'a pas pu en faire beaucoup d'une part (...) Faire un peu plus de cuisine pour apprendre, voilà euh... ça pourrait être une requête »</p> <p>PC, P10 : « Non non moi ce que vous m'avez dit la sur la cuisine et le potager là ça me plairait. Faire ça en groupe ça me plairait aussi. »</p>
		Professionnels	<p>PC, P1 : « C'était très intéressant, avec de bons pédagogues : il y avait la diététicienne qui nous épaulait, nous aidait, avec l'infirmière ASALEE » / « il y a le côté pédagogique avec la diététicienne et l'infirmière ASALEE qui est très intéressant. »</p>
		Echanges	<p>PC, P3 : « Chacune échange ses idées, on apprend plein de choses, des petits trucs qu'on ne connaît pas fin, plein de choses, c'est bien. » / « Euh... j'aimais ça, aller cuisiner comme ça c'est bien, ça me détend en plus, on plaisante, on cuisine mais on plaisante fin c'est une ambiance chaleureuse si vous voulez donc euh... »</p> <p>PC, P1 : « C'est intéressant, oui déjà de base pour moi la cuisine c'est un partage donc c'est la convivialité c'est très bien comme ça oui. Ça passe mieux oui, on rigole parce qu'on pèle tous les carottes ensemble et voilà (rire), il y a ce côté-là »</p>
		Progrès	<p>PC, P1 : « Chaque fois on apprend des choses, on apprend toujours dans la cuisine. (...) Donc j'aime bien la cuisine, je m'y intéresse, et c'est quelque chose que je n'ai jamais appris au départ, mais que je pratique mais dont je n'ai pas les connaissances donc j'apprends. J'apprends l'interaction entre les aliments, ceux qui peuvent faire du bien, ceux qui peuvent faire du mal, ce qu'il faut faire, ne pas faire etc. »</p> <p>PC, P3 : « Donc ça me permet de faire des sauces que je ne connaissais pas fin faire un tas de choses que je ne connaissais pas. » / « Mais bon ça me permet de faire des choses que je ne faisais pas avant, au point de vue sucre, moins de sucre, moins de graisses, plus de légumes, plus équilibré si vous voulez, féculents, légumes, fin c'est mieux. Voilà. »</p>
	Dia-bète	<p>PC, P3 : « C'est vrai que j'aimerais bien euh par exemple le truc de euh... de euh... parfois les groupes de cuisine il faut que ça soit dirigé vers le diabète voilà. Que ça soit vous voyez... qu'on fasse comme ça j'aimerais bien. »</p>	
	IDE ASALEE au sein du groupe	Repère	<p>JP, P14 : « Quand on allait avec l'infirmière, on était deux à être moins, moins ... à marcher moins et marcher moins vite. Et elle était avec nous, bon, pas de problème. »</p> <p>PC, P9 : « Bah voilà, puis surtout qu'y'a quand même l'infirmière. Parce qu'elle est obligée quand même de nous accompagner hein. »</p>

	Marcher en groupe	Soutien	<p>PC, P10 : « Non non elle marche avec nous, elle marche avec les personnes qui vont doucement j'ai remarqué. »</p> <p>PC, P9 : « Oh oui oui oui. Ben oui parce que ça nous entraine et puis elle a toujours un petit mot vous savez pour nous encourager ou pour nous dire c'est bien. Bon si on est fatigués qu'on peut pas aller jusqu'au bout elle dit « ça fait rien, retournez », c'est pas une punition »</p>
		Motivation	<p>PC, P10 : « Ah oui, ah oui. Seule j'irai pas, seule je marcherai pas. Là c'est parce que y'a un groupe, parce que y'a du monde. »</p> <p>JP, P14 : « Ben le fait de marcher avec un groupe, je marchais pas toute seule. C'est le fait de marcher avec un groupe. »</p> <p>PC, P3 : « Oui, oui, ça m'a motivé pour marcher d'abord parce que euh marcher toute seule je le faisais pas hein euh... j'étais pas motivée pour marcher toute seule »</p> <p>PC, P1 : « C'est dans le mental que ça se passe, dans la volonté, parce qu'après je suis parfois et souvent convaincu des choses mais je les applique pas forcément. Je sais que l'activité de marche, que l'activité physique est essentielle pour le diabète mais si j'en suis bien conscient je le pratique pas aujourd'hui »</p> <p>PC, P4 : « Parce que des fois tout seul ça peut être compliqué très compliqué même »</p>
		Hétérogénéité	<p>JP, P2 : « Une fois on discute avec un, puis après on va avec l'autre, voilà » / « Ouais voilà, je préfère maintenant parce que comme ça on discute pas toujours qu'avec la même personne. Des fois ils doivent se dire « merde elle me gonfle » (rire des deux). Désolé si je parle pas comme il faut (rire). »</p> <p>PC, P4 : « Et y'a pas eu d'histoire vraiment donc c'est très homogène c'est à dire qu'un jour je peux très bien marcher et parler avec X par exemple et au groupe d'après X il va parler avec quelqu'un d'autre et moi je serai au bout pour aider quelqu'un qui marche pas aussi vite et du coup je vais rester avec et ça sera quelqu'un d'autre en fait. »</p>
		Cadre	<p>PC, P1 : « Mais le fait d'avoir ces séances de marche deux fois par semaine, ça m'oblige mais ça m'oblige avec plaisir. » / « Ce qui me manque c'est cette forme d'obligation de groupe, parce que j'ai du mal à partir tout seul. »</p> <p>PC, P8 : « Oui ben c'est-à-dire oui autrement on le ferait peut être pas. On sait que le mardi et le jeudi on va là et puis on y va (...) tandis que là c'est deux jours par semaine sûrs. »</p> <p>PC, P4 : « Oui voilà c'est le fait de m'obliger à aller faire la marche »</p>
	Besoin	<p>PC, P1 : « L'activité de marche c'est quelque chose d'important et d'essentiel, pour moi personnellement mais bon, pour en avoir discuté avec les personnes du groupe, euh... ben également ça leur fait du bien »</p> <p>JP, P2 : « Ah oui pour la marche oui ! J'ai besoin, j'ai besoin... Autrement c'est comme si ... on est pas vivant quoi. »</p>	
Limites physiques	Appréhension	<p>PC, P5 : « Ah ben assez dur hein parce qu'il y avait un moment que je ne marchais plus »</p> <p>JP, P12 : « Bah la première fois j'ai marché mais péniblement, mais je me déplaçais quand même pour monter et comme ça ... »</p>	

		Douleurs et santé	<p>PC, P10 : « Et moi j'arrivais pas à marcher vite à cause de mes jambes. Mais bon après j'ai du arrêter, j'ai pas pu, je pouvais plus (...) On m'opérait d'un genou, et maintenant on doit m'opérer de la hanche, alors voyez c'était vraiment... »</p> <p>JP, P12 : « Ah ben j'ai mal dans tout le corps ! Je suis suivi pas que pour le diabète, j'ai aussi la goutte j'ai mal partout tout le temps. Du coup faut pas que je marche. »</p> <p>PC, P3 : « Et puis en plus, en plus, voilà ce qu'il y a eu c'est que j'ai eu une épine calcanéenne, donc impossible de marcher »</p> <p>JP, P6 : « Oh il y a deux ans à peu près, parce que j'avais des rhumatismes aux pieds je pouvais plus marcher. Alors bon c'est à ce moment là que j'ai arrêté. »</p> <p>JP, P11 : « Mais ce qu'il y a, le gros problème que j'ai moi maintenant c'est que j'ai une descente de vessie et si j'ai envie d'aller aux toilettes et que je peux pas alors là c'est fichu ! C'est pour ça que je me déplace pas trop, à cause de ça. »</p>			
			Composition	Tailles	<p>PC, P10 : « Oh ben je préfère les petits groupes hein ! Parce que au moins on peut discuter on peut en parler ! » / « Oui voilà une dizaine de personnes on peut discuter hein. »</p> <p>PC, P9 : « Oh moi ça m'est égal hein, du moment qu'il y a une bonne entente hein. On dit « plus on est plus on rit » (rires), mais bon moi ça me fait rien hein, on a même été 3 ou 4 hein »</p>	
					Niveaux	Marcheurs
			Différences	<p>PC, P1 : « Alors mmmh, au départ je suis marcheur hein, je fais les chemins de Saint Jacques, j'en suis à mon deuxième chemin » / « Bon pour ma satisfaction personnelle, moi je sais que je peux aller marcher ailleurs et beaucoup plus si j'ai envie » / « Donc voilà c'est ça qui me manque, de partir, de faire des longues distances. » / « Oui je disais faire un peu plus de marche peut être, ça peut être intéressant. »</p> <p>JP, P13 : « Oui parce que bon ben moi je marchais mais je... je, j'arrivais à suivre les ... autres mais je pouvais marcher plus vite. Et bon beh je restais avec eux. »</p> <p>JP, P7 : « Ils sont ... c'est pas plutôt, c'est TRES accessible ! C'est plat ! et c'est goudronné ! Donc euh moi je préfère qu'il y ai un peu de tout terrain, qu'il y ai ... que se soit un peu vallonné... bon on fait avec »</p>		

		Difficultés	<p>JP, P12 : « Et eux comme ils marchaient plus vite que moi je restais tout le temps en arrière toute seule. Et j'arrivais plus, j'ai dit c'est pas la peine de marcher. »</p> <p>PC, P3 : « Non alors pas plus difficile parce que moi je ne peux marcher que sur du plat. Donc il est hors de question que je monte des côtes des trucs comme ça je peux pas. Je suis essoufflée aussitôt, j'ai un petit surpoids donc je m'essouffle assez rapidement »</p> <p>JP, P6 : « Après c'est plus du plaisir ! » / Je reviendrai pas, c'est trop des marcheur maintenant.</p> <p>PC, P10 : « Mais bon après j'ai du arrêter, j'ai pas pu, je pouvais plus. » / « Mais j'ai essayé pendant deux ou trois fois mais j'y arrivais pas. Honnêtement j'y arrivais pas »</p>
		Division du groupe	<p>JP, P11 : « Je sais pas s'ils on le temps mais il faudrait un groupe de personnes qui marchent lentement et un autre qui sont rapides moi je dis. » / « Moi je dis il faut 2 groupes ! Quand je la (l'infirmière) verrai je lui demanderai, moi j'aime bien aller marcher mais avec les gens qui marchent moins vite que moi. »</p> <p>PC, P8 : « Mais elle (l'infirmière) voulait faire un deuxième groupe parce que y'en avait qui se plaignaient parce qu'on marchait trop vite alors... »</p>
		Lon-gueurs	<p>PC, P10 : « C'est très long hein ça a au moins 5 ou 6 km hein. Mais y'en a qui faisaient 5 ou 6 km mais moi je faisais un km maximum hein (rires). »</p> <p>JP, P12 : « Si c'était long ! Moi j'arrivais pas à aller jusqu'au bout. »</p>
	Improvement	Progression	<p>JP, P13 : « Beh au début c'était un peu difficile parce que j'avais pas trop l'habitude de marcher, mais heu bon ... après ça allait bien ! »</p> <p>PC, P4 : « Oui voilà c'est ça, y'en a qui disent « oh non mais je sais pas marcher je vais vous faire reculer » et nous euh fin moi je marche pas trop mal et quand je me mets avec eux, on parle et le fait de parler ils se rendent pas compte mais ils avancent très très bien, selon les pathologies bien sûr, mais ils avancent mieux que ceux qu'ils croient en fait »</p> <p>JP, P13 : « Bah au niveau, au niveau ... de, du souffle ah oui oui ! Oui oui. Avant j'étais essoufflé tout ça, maintenant ça va. »</p>
		Dynamisme	<p>PC, P10 : « Voilà... et on pense pas, que quand on marche toute seule au bout d'un moment « oh j'en ai marre je rentre, j'arrête » / « Tandis que là on discute, on discute et quand, bah la dernière fois j'ai fait un km aller, et un km retour, je m'en suis pas rendu compte ! Parce que j'étais en groupe. »</p> <p>PC, P1 : « Je me trouve toujours de bonnes excuses « tiens aujourd'hui il y a quelques gouttes qui tombent bon j'y vais pas ». Donc si si, c'est très important ce groupe, cette façon d'opérer. »</p> <p>PC, P9 : « Parce que si on est un petit peu fatigués bon bah bien sûr on s'arrête un petit peu hein, mais op on reprend on se dit « faut y aller, faut... » que toute seule... » / « Oui puis on discute donc on est moins fatigués. Voyez le temps passe plus vite ! (...) Et puis c'est moins long. »</p> <p>JP, P7 : « Heu, ben c'est ... l'émulation en groupe... »</p>

	Protection/Danger	Hypoglycémie	<p>JP, P2 : « Ah non ! Je marche pas toute seule, parce que voilà ... les hypoglycémies voilà, bon j'en fait moins maintenant. Mais il fut un temps, j'en faisais, tous les jours j'en faisais... »</p> <p>PC, P9 : « Ben... ben la première fois ça m'est arrivé mais je pense pas que ça soit comme vous dites là. C'est vrai l'infirmière elle m'a dit faut toujours avoir un petit morceau de sucre. Voilà et comme pour l'instant j'ai pas eu de malaise (...) puis op je reprenais tranquillement quoi. On savait qu'elle était là »</p>
		Sécurité	<p>JP, P12 : « Non, parce que tout seul c'est bien de marcher seul, mais moi il arrive que quand je fais mon potager ou mon jardin, ça m'arrive de tomber ! Alors être toute seule si je tombe ça m'arrange pas moi ! Ca me travaille, les gens me disent d'aller marcher, d'aller marcher, d'aller marcher, Oui ! et si je tombe par terre je fais comment ??? »</p> <p>PC, P9 : « Ah oui, oui oui oui. Parce que y'avait une dame elle me disait que... que... vous savez des fois elle avait surpris un Monsieur en tenue légère alors bien sûr ils profitent qu'on marche toute seule donc on est plus quand même... si on est plusieurs euh... il va pas venir nous embêter il sait très bien que... »</p>
	Plein air	Nature	<p>PC, P10 : « On parlait aussi comme c'est des coins qui sont très jolis, on regardait les arbres, les trucs fin les fleurs »</p> <p>PC, P9 : « Puis quand on va en voiture on peut pas regarder ce qui se passe vous voyez aux alentours, que quand on marche on peut mieux voir ce qui se passe vous voyez euh quand on marche quoi. On a pu cueillir des fruits, on a pu cueillir des... ramasser des noix vous voyez (rire)... »</p>
		Découverte	<p>PC, P5 : « Non non le site est très bien, je le connaissais pas »</p> <p>PC, P10 : « Ben c'était bien parce qu'en plus ça nous a fait visiter des coins que moi je connaissais pas (...) Ça nous permet de voir des endroits qu'on connaît pas... »</p>
	Soutien	Tolérance	<p>PC, P1 : « Le groupe de marche c'est différent, car c'est pas le groupe de marche associatif dans lequel les gens ils font de la compétition : « moi j'ai fait tant de kilomètres en tant d'heures » »</p> <p>PC, P10 : « Voyez... mais j'étais pas seule il y a avait beaucoup de personnes âgées avec moi qui marchaient à mon allure quoi. »</p> <p>PC, P3 : « Alors de toute façon pour le groupe de marche ça se fait automatiquement ce partage si vous voulez, alors on est des groupes de 3-4, d'autres marchent plus vite que nous enfin d'autres marchent plus vite que certains (...) de toute façon on ne force pas les gens à marcher euh...on marche à son rythme. »</p> <p>JP, P7 : « Chacun s'adapte, chacun à sa vitesse, à son niveau et y à des groupes qui se font naturellement par affinité, par rapidité et puis y a aucun problème. »</p>

Organisation et planification	Engagement	Solidarité	<p>PC, P1 : « Bon c'est pas grave, on s'étire le long de chacun et quand certains prennent un peu trop de distance et ben on s'attend, c'est ça aussi la solidarité du groupe, donc voilà. » / « Nous chacun marche et je pense qu'il y a une forme d'entraide entre nous »</p> <p>PC, P3 : « Ils (les autres participants) sont aidants »</p> <p>PC, P4 : « Ben que y'a toujours quelqu'un qui s'adapte à la marche de... soit celui qui arrive parce que y'en a ils ont l'appréhension de ça, de gêner les autres parce que, mais même moi qui marche pas trop mal euh... je peux très bien m'adapter à une vitesse beaucoup plus inférieure pour euh... accompagner la personne et pas qu'elle se sente comment on appelle ça... » / « Mais après non pas du tout au contraire, ceux qui arrêtent de fumer bah ça permet de les aider aussi quand ils baissent les bras tout ça euh voilà... »</p> <p>JP, P6 : « Non non c'était quand même un bel esprit de groupe. »</p>
		Intérêt	<p>JP, P2 : « Et moi vraiment, la marche ça m'intéresse énormément. »</p> <p>JP, P12 : « Non ! La marche ça m'intéressait pas d'abord et... Ca me dit rien. »</p> <p>JP, P6 : « Bon moi j'aime pas trop marcher (...) je suis pas une marcheuse »</p> <p>JP, P7 : « J'aime pas trop trop marcher mais en groupe ça va. »</p>
		Entrain	<p>PC, P9 : « Voilà. Des fois l'été j'y allais deux fois. J'y allais le jeudi, et j'y allais le mardi. Mais le jeudi c'était plus les personnes qui voulaient y aller. Voyez... »</p> <p>JP, P2 : « Deux fois avec le groupe, et quand... avec mon mari cet été on marchait tous les jours. »</p> <p>JP, P7 : « Ah ben la marche avec ASALEE elle se fait plus, mais je marche, je marche dans d'autres structures, tout seul ou ailleurs. »</p>
	Horaires	Doutes	<p>JP, P11 : « Parce que j'avais plus envi d'y aller. » / « Pour moi des fois je trouve que la marche c'est utile, pas utile je sais pas trop. »</p> <p>PC, P4 : « Même que ça soit en groupe, on est motivés au début mais après c'est pas une question que le groupe est bien c'est que euh...c'est pas la même motivation c'est pas... »</p>
		Avoir le temps	<p>PC, P8 : « Moi je me suis toujours adapté aux heures ça me gênait pas » / « Oui oui bah on est à la retraite vous savez donc bon, y'a pas de problème »</p> <p>JP, P2 : « Non parce que j'étais à la retraite alors ça me dérangeais pas. »</p> <p>PC, P9 : « Bon moi je suis à la retraite donc 9h ça allait. »</p> <p>PC, P4 : « Ben si vous voulez la moi ça marche parce que je suis en invalidité »</p>
		Matin	<p>PC, P10 : « Le matin, le matin. L'après midi je peux pas. L'après-midi je suis pas en forme. »</p> <p>JP, P11 : « Non moi j'aimais pas 14h, parce que moi comme je ... heu ... l'après-midi je faisais une sieste. Moi je préfère le matin, honnêtement, parce que le matin voyez vous vous levez et on boit le café et on y va. »</p>

	Parcours	Après midi	PC, IC : « <i>Oui après ils ont changé après, on le faisait l'après-midi au début et ils ont changé pour le matin, et moi l'après midi ça me convenait beaucoup mieux, parce que je suis debout, c'est pas pareil...</i> »
		Difficulté	JP, P7 : « <i>Ils sont ... c'est pas plutôt, c'est TRES accessible ! C'est plat ! et c'est goudronné ! Donc euh moi je préfère qu'il y ai un peu de tout terrain, qu'il y ai ... que se soit un peu vallonné... bon on fait avec</i> » / « <i>Oui ça aurait pu être un peu plus dur mais bon c'est pas un problème.</i> » PC, P1 : « <i>Donc voilà c'est ça qui me manque, de partir, de faire des longues distances</i> »
			Variété
	Saisons/météo	Choisir	JP, P13 : « <i>Oui oui oui parce que ... l'été on y allait à 8h30 à cause de la chaleur bien sûr. Mais l'hiver, les autres mois on se donnait RDV à 9h30 c'était bien. On revenait à 11h30 ça allait bien.</i> » PC, P8 : « <i>Parce que l'été on partait un peu plus tôt pour pas avoir trop chaud, et puis quand il commence à faire froid et que les jours raccourcissent maintenant on part à 9h. Autrement c'était 8h. Mais maintenant l'hiver c'est 9h.</i> » PC, P9 : « <i>C'est pour ça que quand il faisait chaud ben voyez on y allait de bonne heure le matin. Comme ça on n'avait pas les grosses chaleurs qu'on a eues cet été là.</i> »
		S'équiper	JP, P13 : « <i>Ha non non non ! Bon je me souviens ... L'hiver dernier non, mais l'autre hiver avant, j'y allais le mardi, on se couvrait bien. On arrivait à marcher quoi.</i> » PC, P9 : « <i>Même quand il a plu un petit peu bon bien sûr pas une tempête mais on y allait hein, on mettait notre capuche et puis c'est tout hein.</i> » / « <i>Voilà, on s'arrangeait toujours pour être à l'abri, ou d'avoir un imperméable, un parapluie ou... fin quand même...</i> »
		Se restreindre	PC, P4 : « <i>Et puis je regarde dehors il pleut, c'est l'hiver c'est machin, ces moments-là sont plus difficiles pour moi pour aller marcher aussi.</i> » JP, P12 : « <i>Et puis pour aller marcher il fait froid aussi hein ! quand il fait -3 on marche comment !</i> » JP, P7 : « <i>Ben j'essayais d'y aller quand il ne pleut pas. Voilà. La pluie pour moi c'est réhibitoire oui. Je déteste rentrer trempé</i> »

	Communication	Discussion	<p>PC, P1 : « Il existe également sur Whatsapp, il existe également un groupe de marche qui s'appelle « groupe de marche ASALEE », donc euh, c'est juste à l'initiative de chacun que ça a été mis en place, on est venus ici dans ce groupe, pendant tout le confinement il y a eu plein de communication, de temps en temps, des communications entre chacun, des trucs rigolos, des fois des formules de politesse pour les anniversaires, pour les fêtes des uns, voilà. »</p> <p>PC, P3 : « Je...euh....je... voyez là, malgré le confinement on s'est tenus au courant par SMS enfin c'est pas mal c'est bien. »</p>
		Manque	<p>PC, P9 : « Même une fois je me suis retrouvée toute seule alors du coup j'ai dit à mon mari « écoute je suis toute seule tu viens marcher avec moi », du coup il est venu marcher avec moi et on a marché tous les deux. Parce que y'en avaient qui étaient malades qui avaient une grippe ou des choses comme ça (rires), ça arrive hein ! »</p> <p>PC, P9 : « Ah bah oui c'est sûr, ben déjà pour demander des nouvelles et puis euh... oui ça c'est bien ça oui oui. »</p>
		Organisation	<p>PC, P9 : « Alors on demandait le jour où ça convenait à tout le monde mais en principe c'était le mardi et le jeudi »</p> <p>JP, P13 : « Oui oui oui, on se débrouillait entre nous oui. »</p> <p>PC, P1 : « Alors non ce sont des, ce sont des... comment dire... nous avons fait des réunions de groupe avec l'infirmière ASALEE, et ce sont des choses que nous avons définies ensemble, euh, c'est partagé donc à partir de là c'est consenti par tout le monde, et moi pratiquement je me dis c'est comme ça, on peut faire comme ça, c'est tel jour et etc. On s'est tous mis en accord. »</p>
	Déplacements	Accessibilité	<p>JP, P14 : « Ah oui ! Si je pouvais aller à pied oui ! J'ai pas besoin de prendre la voiture... Voilà. Ça peut se faire, je peux le faire en voiture bon ... mais je peux pas conduire parce que j'ai perdu un œil... et je peux pas conduire trop loin voilà ... »</p> <p>PC, P9 : « Comme c'est mon mari qui faut qui m'emmène alors il faut pas que ça soit trop loin de chez moi quand même. »</p>
		Co-voiturage	<p>PC, P1 : « Il existe également du, euh, du, on fait du covoiturage, ce qui est important, ça nous a été préconisé par l'infirmière qui nous a dit ça serait bien que vous puissiez faire du covoiturage et on a mis ça en place pour certains en fonction du lieu d'habitation de chacun et donc, oui...euh... on se déplace un peu comme ça. »</p> <p>PC, P3 : « Alors pour les lieux de euh... de covoiturage parce qu'on fait comment ça s'appelle un covoiturage pour aller sur les lieux qu'on a décidés c'est au bord du canal c'est toujours très bien. »</p> <p>PC, P4 : « On fait du covoiturage, qui a été proposé qui a été proposé euh en fait dès le départ, moi j'ai des difficultés pour la conduite tout ça fin normalement j'ai pas le droit de conduire et du coup on nous a proposé à telle heure on se rejoint à tel endroit et on y va tous ensemble »</p>

	Autonomisation	Autonomisation du groupe	<p>PC, P1 : « Oui oui elle (l'infirmière) fédère bien le groupe et c'est important, mais elle nous laisse aussi une autonomie, on se gère, on fait nos rapports réguliers à chaque marche, nous faisons une photo de groupe du jour les fois où elle ne peut pas venir, pour suivre qui vient qui ne vient pas et voilà. »</p> <p>JP, P13 : « Ah non ! Ah non non, elle était venue la première fois pour nous présenter, puis après, après non. Elle venait rarement elle. » / « Oui oui oui, on se débrouillait entre nous oui. »</p> <p>JP, P14 : « Des fois elle nous laissait toutes seules, quand elle avait des RDV elle nous laissait toutes seules oui. »</p>
		Patient « repère »	<p>PC, P4 : « Et on a notre X (...) Fin pour moi c'est lui mais peut être que pour les autres y'a quelqu'un d'autre pour moi euh... fin... fin pour moi c'est lui qui vraiment se détache et fait voilà... fin c'est lui qui fait nos tableaux de suite l'infirmière elle lui dit « tiens tu me rajoutes le nom de un tel, tu me refais le planning » donc c'est fait dans la journée il est notre petit ordinateur qui organise tout ça, quand on fait des repas souvent c'est lui qui repère où on pourrait aller manger chacun va faire un tour pour savoir les menus tout ça fin voilà, il connaît plein de chose, donc voilà »</p>
	Contraintes	Santé	<p>PC, P10 : « Le seul problème c'est que tant que je serai pas opérée et que je pourrai pas marcher normalement c'est ça le seul problème mais à part ça euh non ! »</p> <p>JP, P11 : « Mais ce qu'il y a, le gros problème que j'ai moi maintenant c'est que j'ai une descente de vessie et si j'ai envie d'aller aux toilettes et que je peux pas alors là c'est fichu ! C'est pour ça que je me déplace pas trop, à cause de ça. »</p> <p>PC, P4 : « Sachant que là les deux dernières années j'ai eu pas mal de problèmes de santé assez graves qui ont fait que je marche plus beaucoup avec le groupe. »</p>
		Contraintes personnelles	<p>PC, P4 : « Mais j'ai un fils qui est handicapé aussi et du coup c'est compliqué entre aller l'amener à l'école enfin c'est pas une école c'est dans un centre, m'occuper de lui tout ça en fait les horaires pour moi ça correspondait plus c'était...mais ça m'empêche pas d'y aller une fois tous les six mois pour dire coucou je suis là mais là j'ai beaucoup de difficultés à rester sur les horaires qui sont... »</p> <p>PC, P9 : « Bon et puis y'en avaient vous savez qui venaient pas parce qu'il fallait qu'ils gardent leurs petits enfants alors bon euh... »</p> <p>JP, P6 : « Ho j'y allais qu'une fois, parce la fois qui était après, j'étais au sport, donc ça correspondait plus avec mes horaires. »</p> <p>JP, P7 : « Ah c'était pas la priorité, si j'étais libre le mardi matin ou le vendredi matin j'y allais ... sinon .. hé ben des fois je n'y allais qu'une fois par moi. Heu si je suis pris, je suis pris ! »</p>
Possibilité		<p>PC, P4 : « Ben à part changer les... les... comment ça s'appelle... les horaires, ou sinon faire quelque chose une fois par mois pour ceux qui travaillent ou qui peuvent pas venir, ou tous les quinze jours j'en sais rien euh... un samedi après-midi... Qui soient pas réservés à que ceux qui travaillent, ça serait ouvert à tout le monde, mais qui seraient adaptés pour ceux qui travaillent ou qui ont pas le temps de euh... »</p>	

	Financement	Gratuit	PC, P9 : « Et justement ma doctoresse m'a dit « écoutez vous aurez pas à payer, je vous propose madame Isabelle là, en plus elle va vous surveiller »
		Manque de moyen	PC, P4 : « Par contre ça (la piscine) a un coût c'est pas comme la marche qui est gratuite mais... » / « Oui mais après voilà, c'est quelque chose qui a un coût, quand on cherche des choses gratuites... » JP, P11 : « Il faut un bon vélo hein ! Il faut acheter un vélo hein d'abords ! Faut faire des frais pour acheter un vélo. Moi j'ai pas de vélo à la maison. » PC, P3 : « Et de moyens, parce que bon elles ont peut être pas les moyens de faire trop de choses je sais pas (en parlant des ateliers culinaires) »
Social et moral	Plaisirs	Convivialité	PC, P1 : « Donc j'y vais toujours avec plaisir parce que bon c'est convivial, on s'arrête à moitié marche, on va boire un café tous ensemble et nous repartons et voilà. » JP, P14 : « Oui oui oui ça c'est sûr, quand on est en groupe ça ... On se détend un petit peu, parce qu'on parle de tout et de rien ... On rigole et voilà. » PC, P3 : « Ah ben c'est positif parce que ça me détend, je discute avec des gens » JP, P7 : « La convivialité. Et je sais pas on passe un bon moment deux fois par semaine. » JP, P2 : « JP, P2 : « Ah oui ! Par contre c'est chouette, ouais, c'était merveilleux, des fois on allait prendre le café chez une ou chez l'autre, on mangeait (...) on était vraiment un bon groupe. »
		Partage	PC, P4 : « Ouais, ouais et c'est surtout qu'on fait un repas aussi donc ouais (rires des 2). Non mais au-delà de ça c'est une journée qu'on a pour nous en fait , c'est qu'on le voit plus dans le même objectif, dans la marche faut aller marcher, là c'est plutôt pour se retrouver » / « Donc là aussi on se retrouve à faire des sorties « ah ben y'a un concert à tel endroit, allez venez » et bon c'est pas ma tasse de thé mais le fait de se retrouver ensemble à cette soirée-là ben ça nous donne des... des... accroches supplémentaires. » PC, P3 : « Alors le repas je vous dis pas, c'est pas un repas régime c'est un repas plaisir (rires des 2). »
	Sociabilité	Etre sociable et accueillant	PC, P1 : « Personnellement moi je suis assez avenant donc je vais vers les gens en général » PC, P8 : « Ah non non non pas du tout, moi ça m'a pas gêné, puis bon on a fait connaissance. » PC, P3 : « J'ai été très bien accueillie, j'ai eu aucun problème c'était très très bien, voilà. J'ai été très bien accueillie. »
		Etre solitaire	JP, P11 : « Et le négatif pour moi c'est de rencontrer d'autres personnes. J'aime bien être juste avec l'infirmière c'est tout ! Je me sens mieux qu'avec plein de monde. »

	Cercle social	Rencontre	<p>PC, P1 : « <i>Donc voilà on apprend à se connaître et ma foi c'est fort intéressant en marchant. »</i></p> <p>JP, P6 : « <i>Ca m'a apporté je vous dis de retrouver des gens que je connaissais pas »</i></p> <p>PC, P3 : « <i>Et euh, ben je connais des gens que j'aurais jamais connus quoi, qui viennent un peu de partout donc non c'est bien »</i></p>
		S'entourer	<p>PC, P10 : « <i>Et aussi l'ambiance je sais pas comment vous dire, parce que moi je suis toute seule à la maison. Alors des fois je passe des journées entières toute seule, alors de voir du monde. Vous voyez de voir des personnes de... on peut discuter, on peut... voilà, le fait de voir du monde. »</i></p> <p>JP, P2 : « <i>On parlait vraiment... Voilà... on était enfin on a fini un groupe d'amis quoi (...) Et en étant avec le groupe on a recommencé à vivre un peu normalement. »</i></p> <p>PC, P3 : « <i>Voilà. C'est la sociabilisation. Voilà. »</i></p> <p>PC, P4 : « <i>Je les adore c'est vraiment ma famille hein, c'est vraiment ma seconde famille hein on peut vraiment appeler ça dans ces moments-là euh... »</i></p>
Bien être		Se changer les idées	<p>PC, P5 : « <i>Déjà c'est très bon pour ma tête puisque je pense pas au divorce »</i></p> <p>PC, P4 : « <i>Et surtout que moi quand je marche toute seule j'aime que les musiques mélancoliques et je fais que pleurer en fait, je retrace ma vie avec tous les points négatifs en fait je vois pas de points positifs dans ma vie du coup bah là j'ai 4 km pour bien les intégrer quoi »</i></p>
		Moral	<p>PC, P10 : « <i>Oui sortir de chez moi parce que des fois j'ai le moral complètement à plat. »</i></p> <p>JP, P11 : « <i>Positif c'est que déjà moralement ça fait du bien. »</i></p> <p>JP, P2 : « <i>C'est surtout la marche qui m'a beaucoup aidé au niveau moral »</i></p>
		Sortir	<p>JP, P2 : « <i>Et en étant avec le groupe on a recommencé à vivre un peu normalement. Au début c'était comme ça, parce que ... et puis marcher ça me faisait du bien, fin voilà ... heu ... j'avais qu'une envie c'était me barrer de la maison. »</i></p> <p>JP, P14 : « <i>Le fait de sortir de la maison ça me fait voilà... »</i></p> <p>JP, P6 : « <i>Voilà parce que se retrouver avec des gens c'est quand même mieux que d'être toujours dedans. »</i></p>
		Revalorisation de soi	<p>JP, P2 : « <i>Je suis à la maison ... je sers à rien voilà juste mon mari et moi et voilà, s'occuper des gosses, parce ça il fallait s'en occuper. »</i></p> <p>PC, P4 : « <i>moi ça fait dix ans que j'ai arrêté de fumer (...) j'y ai gagné mon propre combat en fait... et c'est important de pouvoir dire qu'on peut y arriver, que c'est quelque chose que c'était mon plus grand combat le plus difficile je pense, et que j'ai réussi à le combattre, donc déjà si moi j'y suis arrivée n'importe quel couillon peut y arriver, vraiment »</i></p>

Maladie diabète santé	Entraide	Respect	PC, P4 : « Oui oui, la tolérance c'est vraiment euh... à chaque fois dans n'importe quel sujet avec n'importe quelle personne, que ça soit pour la maladie, que ça soit pour tout en fait » PC, P9 : « Non non fin de notre groupe à nous on a pas eu de problèmes. Puis vous savez faut être... diplomates. »
		Aider	PC, P4 : « <i>Mais après non pas du tout au contraire, ceux qui arrêtent de fumer bah ça permet de les aider aussi quand ils baissent les bras tout ça euh voilà...</i> » / <i>Oui voilà c'est ça, y'en a qui disent « oh non mais je sais pas marcher je vais vous faire reculer » et nous euh fin moi je marche pas trop mal et quand je me mets avec eux, on parle et le fait de parler ils se rendent pas compte mais ils avancent très très bien</i> »
	Inquiétudes	Appréhension	JP, P2 : « <i>Au début j'avais peur, enfin peur</i> » JP, P11 : « <i>Je suis arrivée mais difficilement parce que moi je suis une personne un peu renfermée de moi-même, j'aime pas ... heu aller de l'avant.</i> »
		Sentiment de solitude	JP, P12 : « <i>Moi je restais tout le temps en arrière toute seule.</i> » / « <i>Et puis ma foi j'étais à distance aussi, j'étais pas groupée avec eux, j'étais la seule. Et quand je marchais j'étais seule !</i> » / « <i>Je sais pas, mais moi je me trouvais toute seule tout le temps.</i> »
		Difficulté à s'ouvrir aux autres	JP, P11 : « <i>Non moi je discute pas avec les autres personnes. Non.</i> » / « <i>Et le négatif pour moi c'est de rencontrer d'autres personnes. J'aime bien être juste avec l'infirmière c'est tout ! Je me sens mieux qu'avec plein de monde.</i> » / « <i>Beh ça allait, y avait pas de dispute rien, tout le monde parlait, non ça allait très bien. C'était à moi m'intégrer un peu plus peut-être.</i> »
	Représentation du diabète	Conscience	PC, P4 : « <i>Parce que quand on est diabétiques, on suit bien le régime, les médicaments tout ça, moi je suis bien quand je sors de là bas mais ça dure deux ou trois mois et ensuite je recommence à flancher, parce que c'est une maladie qui est très longue, qui nous laisse jamais de répit. Elle est très insipide. C'est des choses qu'on voit pas et les gens se rendent pas compte : « Ah t'es diabétique ? oh mais y'en a beaucoup des diabétiques », ouais alors tu le prends comme tu veux mais bon... ou alors « ouais je suis diabétique mais je prends pas de médicaments moi, c'est pas grave, c'est un petit diabète », euh non non y'a pas de petit diabète, un diabète c'est un diabète. Mais les gens ils le voient pas de la même manière.</i> »

		Acceptation	<p>JP, P11 : « Ha depuis 2002 j'accepte pas cette maladie moi (...) Je suis dégoutée quand je vois le diabète haut, je suis dégoutée. Puis heu, d'avoir pris l'insuline j'ai pris du poids question poitrine et tout... Ah non je suis déçue de ça moi hein ... »</p> <p>PC, P3 : « Oui, oui parce qu'on m'a dit là face à moi comme ça ben tu es diabétique. Alors j'ai pris ça comme ça là... j'ai été un peu choquée si vous voyez. Disons je l'ai mal pris. Alors maintenant j'y suis habituée ça va mais sur le moment je l'ai mal pris. Mais c'est difficile, c'est difficile pour moi de l'accepter encore. »</p> <p>JP, P2 : « Heu fffff... Non... alors après c'est ça mon problème, c'est que... Voilà... On a beau dire c'est le diabète on est malade. Moi je me trouve pas malade parce que j'ai du diabète.»</p> <p>PC, P8 : « Fin moi le diabète il me gêne pas hein »</p>	
		Partage autour de la maladie	Echanges	<p>JP, P2 : « Un ami justement qui est à Saint Laurent, il disait heu « Ah ben moi je prépare ça comme ça » parce qu'il fait très bien à manger ce gars, ce monsieur. Et, il dit « ah mais moi je prépare comme ça, je fais ça », après lui il fait une assiette individuelle pour lui et sa femme, et il dit « comme ça on va pas dans le plat en rechercher » et c'est vrai qu'il a raison. »</p> <p>PC, P3 : « Chacune échange ses idées, on apprend plein de choses, des petits trucs qu'on ne connaît pas fin, plein de choses, c'est bien. »</p>
			Temps	<p>PC, P10 : « Ben une heure. Ah non non le médecin il me prend une heure aussi, elle me consacre beaucoup de temps aussi. Toutes les deux elles me consacrent beaucoup de temps »</p> <p>PC, P1 : « Moi je trouve que l'interface entre ASALEE et le médecin est très importante parce que si je m'étais contenté juste de rendez-vous réguliers avec le médecin qui lui, a son temps de travail qui ne peut pas rentrer dans le détail et passer trop de temps avec le patient, donc c'est très important la parole, l'information, et c'est très important ce concept d'ASALEE. »</p>
	Résultats	Sommeil	<p>PC, P8 : « On fait attention pour manger maintenant alors qu'on faisait pas attention, c'est vrai que l'infirmière nous a aiguillés pour ça parce qu'on mangeait trop, bon mais ça c'est vrai que je dors mieux parce que je dormais mal donc bon ça c'était positif »</p>	
		Poids	<p>PC, P10 : « Ben oui perdre du poids mais j'en perds pas beaucoup, fin j'ai perdu deux kilos quand même en trois mois mais j'ai perdu deux kilos, mais je mange moins. Je commence à perdre. »</p> <p>PC, P9 : « Puis ça fait perdre quand même du poids hein. »</p>	

		Endurance	<p>PC, P9 : « C'est pas un truc de sport, c'est vrai que tout le corps quand je rentrais à la maison j'étais trempée. Voyez il fallait que je change de vêtements, prendre une douche euh... même qu'on marchait tout doucement ça fait quand même éliminer quoi, que des petites marches comme ça qu'on fait c'est vrai que... c'est pas assez. »</p> <p>JP, P13 : « Bah au niveau, au niveau ... de, du souffle ah oui oui ! Oui oui. Avant j'étais essoufflé tout ça, maintenant ça va. »</p> <p>JP, P2 : « Et encore... Vu que je suis restée longtemps sans marcher, j'avais perdu je trouve, j'avais perdu... »</p>
		Douleurs	<p>JP, P14 : « Du Dos, du dos ! J'ai, j'avais des problèmes, j'avais mal au dos mais bon ça va. Ça passait. »</p> <p>PC, P3 : « Ah oui oui, c'est net. Oui oui oui, une amélioration dans mes mouvements d'abord, la je suis un peu rouillée parce que je marche très peu » / « Donc je euh, quand je marche au début de la marche j'ai mal au dos et puis après ça s'estompe. »</p> <p>PC, P9 : « Ah bah oui bien sûr parce que vous savez si on marche pas à un certain âge on a mal aux jambes. Bon là on avait un petit peu mal aux jambes de marcher mais après vous savez ça muscle un petit peu »</p>
		Diabète	<p>PC, P1 : « Ca m'aide quand même donc pour sa santé propre »</p> <p>JP, P11 : « Il baissait un petit peu et ça allait beaucoup. Et après par la suite et bé, depuis quelques an... quelques mois ça allait pas du tout depuis que j'ai arrêté la marche. J'avais plus d'activité bé ça allait pas. »</p> <p>JP, P2 : « Le diabète a bien diminué, mais bon, là il faudrait qu'il diminue encore mais bon heu ... »</p>
		Absence de changement	<p>JP, P11 : « Ouais mais quand je fais la prise de sang moi je trouve qu'il est trop haut ce diabète ! C'est pas ça. Parce que il dépasse, chui à 9 ou à 8 ! C'est pas bon hein ! (blanc) Moi je dis que c'est pas bon. »</p> <p>JP, P12 : « Non ça ne change rien, ça a rien changé ! »</p>
	Parler	Se rapprocher	<p>PC, P3 : « Ca me gêne pas dans ce sens où, souvent, lorsque nous marchons, nous marchons entre diabétiques »</p> <p>PC, P4 : « Non, non non non, on demande au début parce qu'on est curieux quand quelqu'un arrive « t'es diabétique ? T'es machin », si il l'est bah on lui demande « t'es de quel diabète ? etc » enfin les questions d'usage qu'on fait tous entre diabétiques comme si on était un groupe particulier »</p>

		<p>Groupe de parole</p>	<p>PC, P1 : « <i>Moi je pense que... euh... il pourrait il y avoir, comment dire... une forma...oui enfin je ne parle que pour moi, une aide à la formation, à la connaissance, à l'approfondissement de la maladie, de la pathologie de chacun.</i> » / « <i>Pourquoi pas. Je ne sais pas, ça me vient comme ça à l'esprit. Pourquoi pas. Mais, à pathologie identique du coup. C'est pas quelque chose qui serait facile de mettre en place, les informations je les ai quand même par l'infirmière lors des rendez-vous que je fais régulièrement avec elle.</i> »</p> <p>PC, P10 : « <i>Ben de savoir comment ça se passe, parce que moi y'a des choses je sais pas, je veux faire attention que je ne fais pas, beaucoup de choses quoi euh... j'aimerais savoir par rapport aux autres</i> » / « <i>Bah vous voyez le docteur il m'a dit « là vous voyez votre diabète il a augmenté » déjà ça m'a travaillé, j'ai dit « pourquoi ? » elle m'a dit « ça vient peut être du dos, du manger » de... je sais pas on sait pas de quoi. Et ça voyez j'aimerais bien en discuter quoi, avec d'autres personnes.</i> »</p> <p>PC, P3 : « <i>Donc en parler avec les autres ça me ferait peut être du bien et je pense qu'aux autres aussi parce que c'est pas facile voilà euh...</i> » / « <i>Ca dédramatiserait cette maladie. Parce que quelques fois c'est mal ressenti</i> » / « <i>Oui, puis parler à plusieurs personnes, pas à une personne parce qu'avec une seule personne on a qu'un avis, on a pas plusieurs avis, on a pas plusieurs façons de l'accepter, fin de l'accepter, de le... de le... de... de... de faire face à cette maladie il ya des ressentis différents donc ça me ferait du bien.</i> »</p>
		<p>Art-thérapie</p>	<p>PC, P4 : « <i>Ben ça peut pour n'importe quel sujet en fait l'art-thérapie, et au niveau du diabète ça pourrait être pouvoir exprimer ce qu'on ressent en fait (...)</i> Et L'art-thérapie ça peut être quelque chose pour cracher la haine qu'on a pour cette maladie (...) et par exemple pour le diabète on pourrait écrire le mot diabète et justement savoir comment on va le marquer et pour donner un nom à se diabète et savoir où les gens en sont. »</p>
	<p>Développement d' autres activités de groupes</p>	<p>Gymnastique</p>	<p>JP, P13 : « <i>Mais sinon la gym peut-être pas un truc Gym douce voilà</i> »</p> <p>JP, P14 : « <i>La gym ou le.... Comment ça s'appelle... la gym... Ou le Chi-kong... Ou... Autre chose comme ça...</i> »</p> <p>JP, P11 : « <i>La gymnastique bon ... Oui ! Ce serait pas mal aussi ... faire des mouvements de forme, pour une remise en forme la. Mais pas dans une structure qui a Plusieurs personnes là. Vous savez les salles de gym ça j'aime pas moi !</i> »</p>
		<p>Vélo</p>	<p>JP, P11 : « <i>Aaaah le vélo moi j'aimerais bien faire du vélo ! Est-ce qu'ils y arriveraient ... c'est ça ! Hehehe ! Il faut un vélo oui mais ... il faut un bon vélo hein !</i> »</p> <p>JP, P2 : « <i>Heu ... (hésite) moi j'aimerais faire du vélo, mais c'est pareil c'est sur du plat qu'il faudrait faire. Mais bon ... c'est vrai que j'aimerais faire du vélo.</i> »</p> <p>PC, P9 : « <i>Voyez ce que je veux dire... Puis nous quand on tombe bon bah c'est pas comme quand on est jeunes bon on peut se faire mal c'est sûr mais moi c'est sûr j'aurai du mal a me relever des choses comme ça alors bon...</i> »</p>

		Jardinage	<p>PC, P10 : « Non non moi ce que vous m'avez dit la sur la cuisine et le potager là ça me plairait. Faire ça en groupe ça me plairait aussi. »</p> <p>PC, P3 : « C'est un plaisir le jardinage, c'est un plaisir donc euh... ça fait remuer quand même parce qu'il faut remuer donc voilà. »</p>
		Natation	<p>PC, P4 : « Aller à la piscine, faire des séances où on va tous ensemble »</p> <p>PC, P9 : « Bon y'a la natation mais la pour l'instant on peut pas... on peut pas faire de la natation... »</p> <p>PC, P10 : « Oui nager alors je sais pas nager, mais pour marcher dans l'eau voilà. Alors je sais que ça m'a fait beaucoup de bien l'autre fois, seulement maintenant je peux euh... »</p>
Pandémie	Arrêt des activités malgré soi	Coupure	<p>JP, P13 : « Mais heu ... L'hiver dernier bon beh y a eu le COVID et ... début de l'année 2020 ça commençait aussi alors ... c'était ... ça fait un moment que ... (silence) »</p> <p>PC, P8 : « Puis tout ça avec le premier confinement, c'est qu'on avait plus le droit. »</p>
	Gestes barrières	Adaptation	<p>PC, P10 : « Ah ça me dérange pas, ça me dérange pas, je m'y suis habituée ! Sans masque euh... c'est devenu un article de beauté quoi ! (rires) Fin je rigole mais c'est la vérité hein ! »</p> <p>PC, P3 : « J'ai mis moi un masque voilà. Je le mets régulièrement le masque de toute façon. Je sors de la maison j'ai un masque hein. (...)Voilà, voilà, j'ai du gel hydro-alcoolique dans mon sac.»</p>
		Refus	<p>PC, P5 : « Et si on me dit de marcher avec le masque c'est pas la peine »</p>
	Attitudes des patients face au COVID	Peur	<p>PC, P3 : « Alors en plus j'ai une peur bleue de ce covid. Parce que bon, alors là je sors exceptionnellement pour faire mes courses, c'est tout. »</p> <p>PC, P5 : « Ben si, mais je vous dis, je veux pas prendre le risque »</p>
		Garder une activité	<p>JP, P6 : « Mais ces temps-ci là, fin avant le confinement, le deuxième confinement, avec le beau temps et tout je faisais, je partais 2h avec ma fille et son petit chien, et puis on faisait 2km. A peu près 2km et demi. »</p> <p>PC, P8 : « Ben oui on est quatre à se retrouver deux fois par semaine pour aller marcher. On a continué comme ce qu'on faisait avant, c'est à dire qu'on y allait une fois par semaine le mardi. »</p>
		Découragement	<p>JP, P14 : « Non non non je vais pas marcher toute seule je fais rien ! En ce moment je fais rien ! »</p> <p>PC, P3 : « Mais bon c'est pas marrant toute seule, je suis pas motivée (...) Ah oui oui oui, c'est très compliqué, très compliqué là. Vivement que ça se termine on sait pas quand mais vivement qu'on puisse remarquer ne serait-ce que par groupe de deux ou trois au moins ça. »</p>

	L' avenir	Incitation	PC, P5 : « Bon et là j'ai changé de Docteur et il m'a dit bah ouais ça serait bien que (sous-entendu qu'il reprenne la marche), alors je vous dis oui mais... »
		Désir	<p>PC, P3 : « Oui, oui oui. Même si au début je vais peiner parce que j'ai plus l'habitude de faire des longues marches je vais peiner mais c'est pas grave. C'est pas grave, à force on s'y remet hein. »</p> <p>PC, P9 : « Ben oui oui oui, c'est pour ça là je vais aller la (l'infirmière) voir je crois que c'est le 26 que j'ai rendez vous. Bon bah si elle me propose une marche euh y'a pas de problème j'y vais hein. Je mets mon masque, je mets tout et puis op. »</p> <p>JP, P14 : « Là on fait plus rien, je fais plus rien, bon je vais plus à la piscine, je fais plus rien ... Ca nous manque ! Ça me manque ! Voilà. »</p>

5- Annexe 5 : Serment d'Hippocrate.

“Au moment d’être admis(e) 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.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

RESUME : Les activités de groupe en éducation thérapeutique du dispositif ASALEE.

Contexte : ASALEE est un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s, avec délégation de tâches, visant à améliorer la qualité des soins en médecine générale, basé sur l'éducation thérapeutique du patient (réalisée en individuel et/ou en groupe). Le ressenti des patients participant aux ateliers d'ETP de groupe ASALEE n'a jamais été étudié.

Objectif : Recueillir et analyser le ressenti des patients diabétiques de type 2 (DT2) participant à des activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE. L'objectif secondaire est d'identifier des points négatifs dans le but de rechercher des pistes d'amélioration potentielles.

Méthode : Réalisation en binôme d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès des patients DT2 rattachés à deux maisons de santé (MSP), recrutés sur les listes établies par les infirmières ASALEE de ces deux MSP.

Résultats : 14 patients ont été interrogés. Les patients DT2 participant à des activités d'ETP en groupe ASALEE décrivent des modifications positives dans leur mode de vie (habitudes alimentaires, pratique d'une activité physique). D'autres bénéfices sont ressentis comme une amélioration du diabète et des douleurs, une perte de poids et une amélioration du sommeil. La dynamique de lien social et de soutien moral sont appréciés. L'encadrement par un(e) IDE ASALEE apporte soutien, motivation et autonomisation aux patients. Des pistes d'améliorations ont été évoquées : groupes de niveaux de marche différents afin de permettre à tous de participer ; adaptation des horaires aux emplois du temps de chacun ; développement des moyens de communication pouvant faciliter l'organiser des sorties. Certains participants ont évoqué la création de nouvelles activités de groupe.

Discussion : Notre étude montre que les séances d'ETP en groupe encadrées par un(e) IDE ASALEE semblent être bénéfiques pour les patients DT2. Ceci est en accord avec les données de la littérature. L'originalité de nos résultats est la mise en évidence de pistes d'amélioration qui permettraient d'optimiser les groupes de marche au sein d'ASALEE. Des études quantitatives de plus forte puissance pourraient être intéressantes pour valider ces hypothèses à plus grande échelle.

Mots clefs : Diabète de type 2, éducation du patient comme sujet, médecine générale, soins infirmiers en santé publique, recherche qualitative.

ABSTRACT : Therapeutic education in group supervised by a nurse from the ASALEE system.

Background: ASALEE is a cooperation protocol between general practitioners and nurses, with delegation of tasks, aiming to improve the quality of care in general medicine. It's based on the therapeutic education of the patient (individually or in groups). Feelings from patients participating in ASALEE therapeutic education group have never been studied.

Objectives: Collect and analyze the feelings of type 2 diabetic patients (T2D) participating in therapeutic education group activities supervised by an ASALEE nurse. The secondary objective is to identify negative points in order to find ways of improvement.

Method: A qualitative study, carrying out in pairs, based on semi-structured individual interviews with T2D patients. They're recruited from the established lists by ASALEE nurses of two health centers. We studied two types of educational group: walking group and culinary workshop.

Results: 14 patients were interviewed. T2D patients interviewed describe positive lifestyle changes (eating habits, physical activity). Other benefits are seen in diabetes, pain, weight loss and quality of sleep. The dynamics of social bonding and moral support are appreciated. Supervision by an ASALEE nurse brings support, motivation and empowerment to patients. Areas for improvement were proposed such as: creating different levels of walking groups to allow everyone's participation; adaptation to individual schedules; facilitate outings' organizations by developing new means of communication. Some participants mentioned the creation of new group activities.

Conclusion: Our study shows that therapeutic education group sessions supervised by an ASALEE nurse appear to be beneficial for T2D patients. This is in agreement with scientific data. The originality of our results is in the highlighting of avenues for improvement and optimization within ASALEE's walking groups. Stronger quantitative studies could be of interest to validate these hypotheses on a larger scale.

Keywords : Diabetes mellitus, type 2, patient education as topic, general practice, public health nursing, qualitative research.

Discipline : Médecine Générale.

UNIVERSITE DE BORDEAUX_UFR des sciences médicales. 146 Rue Léo Saignat 33000 Bordeaux.

