



**HAL**  
open science

# Vécu et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le protocole ASALEE dans les départements des Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse

Mattéo Avallone

## ► To cite this version:

Mattéo Avallone. Vécu et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le protocole ASALEE dans les départements des Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03674353

**HAL Id: dumas-03674353**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03674353v1>**

Submitted on 20 May 2022

**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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Vécu et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le protocole  
ASALEE dans les départements des Bouches du Rhône, du Var et du  
Vaucluse**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 19 Mai 2022**

**Par Monsieur Matteo AVALLONE**

**Né le 30 juin 1994 à Salerno (ITALIE)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur RACCAH Denis**

**Président**

**Madame le Docteur CARRIER Hélène**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur BLANCHARD Bruno**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Assesseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

## PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
MICHOTEY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RAOULT Didier  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016



## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

## EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
ALBANESE Jacques Surnombre	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	



**PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES**

BOUSSUGES Alain

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

DUTAU Hervé

# MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle ( <i>disponibilité</i> )	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE  
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques  
FIERLING Thomas  
FORTE Jenny  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
EVANS-VIALLAT Catherine  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -  
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES  
UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021*  
 FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)  
 SOLER Raphael (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)  
  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION**

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BERBIS Julie (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703I**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
JARROT Pierre-André (MCU PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
MILLION Matthieu (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)      BENYAMINE Audrey (MCU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
EBBO Mikael (PU-PH)  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
SUCHON Pierre (MCU-PH)  
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

*TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)



RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

### PHYSIOLOGIE 4402

### PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

### PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

### PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

### PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé ( Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

### RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

### RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

### THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
BOISSIER Romain (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

## Remerciements

A Monsieur le **Professeur Denis Raccah**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le **Docteur Hélène Carrier**, merci de m'avoir fait confiance et d'avoir pris le temps de diriger ma thèse. Tes conseils ont été d'une aide inestimable.

A Monsieur le **Docteur Bruno Blanchard**, ce passage en SASPAS a été un des tournants de ma vie. Merci pour toutes les choses que tu m'as apprises en particulier le savoir vivre en tant que medecin hors du cadre du travail. J'espère être à la hauteur pour l'immense tâche que représente ta succession.

Merci à l'ensembles des **patients et aux infirmières ASALEE** : Sans votre disponibilité et le partage de votre expérience, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Merci aux **Docteurs Stephan Robert et Cédric Lemoine** pour de m'avoir épaulé dans ce qui était mes premiers pas dans la medecine générale

Merci au **service d'urgences d'Avignon**, j'ai passé six mois éprouvants mais je n'ai jamais autant appris qu'auprès de vous. Je suis arrivé en bébé et je suis reparti en medecin. Merci à toute l'équipe d'avoir rendu tout cela bien plus agréable.

Merci au **service de pédiatrie de Hyères**, pour des raisons que vous connaissez ces six mois ont changé radicalement ma vie. Du ménage au collage j'ai appris bien plus que de la medecine. Merci à toutes les filles d'avoir rendu ces mois de COVID bien moins long. On n'a pas fini de faire pleins d'apéros. A bientôt.

Merci au **service de gériatrie de Hyères**, j'y ai rencontré une équipe soudée et un service exceptionnel toujours à l'écoute des patients mais aussi et surtout des soignants.

Merci à toutes les personnes à l'ensemble des personnes avec qui j'ai pu travailler au cours de ces trois ans.

### A ma famille:

**Papà et Mamma**, grazie di avermi sostenuto da quel giorno in cui a sette anni ho deciso di diventare medico. So che i vostri sacrifici sono stati enormi con delle giornate di lavoro interminabili, siete tutti e due un esempio di devozione alla famiglia. Grazie di avermi imparato tutti questi principii di benevolenza e di lavoro. Provo e proverò ancora ad applicarli per un giorno arrivare alla vostra altezza. Non potrò mai ringraziarvi abbastanza. Vi amo tantissimo.

**A Mb**, dieu sait que ça a été dur. Mais voilà on a grandi, changé et les disputes ont laissé place à une complicité fraternelle. Merci d'être toujours là quand j'ai besoin d'une oreille attentive et de conseils. Ti voglio bene.

**A papi et à mes mamies**, merci de m'avoir apporté votre éducation, malheureusement vous êtes trop nombreux à ne pas pouvoir assister à ce jour, je pense souvent à vous.

**A Oppi**, mon fils à poil. Merci de m'avoir tendu ta patte dans le moment plus difficile de ma vie. Tes yeux transpirent l'amour, tu es le chien le plus fidèle et le plus gentil que je n'ai jamais eu malgré mon absence beaucoup trop grande.

**A Soraya**, petit rayon de soleil de ma vie, merci de rythmer mon quotidien par tes rires mais aussi par tes cris ! Je sais que parfois ce n'est pas facile pour ton si petit cœur mais saches que peu importe les difficultés que la vie te réserve, je serai toujours là pour te soutenir. Je t'aime.

**A Audrey**, que dis-je princesse Cléo ! Merci simplement d'être apparue sur mon chemin. Je ne saurai plus me passer de ces discussions interminables tous les soirs, ces quelques soirées à contempler les étoiles, de ces toilettes étincelantes aux quotidiens ! On a fini par en réaliser des projets en deux ans, tu es la raison qui me pousse chaque matin à me lever pour aller aux bouts de mes ressources et en réaliser toujours de nouveaux. J'ai le sentiment de pouvoir surmonter toutes les difficultés et c'est grâce à toi. Merci de m'avoir redonné foi en l'amour. On a encore pleins de trucs à voir, je t'aime à l'infini, ton p'ti panda.

### A mes amis :

**A Carla**, on se demande toujours si la vie n'a pas caché un lien de parentalité quelques part dans nos généalogies. Dire que le début se résume à une discussion de coloscopie résume bien notre amitié. Merci d'être toujours présente dans les moments de seums qu'on a su transformer en des moments de joie. L'histoire de la coloc de safety dance sera racontée pendant des générations et des générations. **A Bibi** parce qu'on a vécu un confinement incroyable rythmé de COVID, d'huitres et d'enterrement de jambon. C'est tellement mieux de t'avoir dans le sud ! Merci à vous deux de me donner l'honneur d'être témoin de votre union.

**A Cam**, pour tous ces moments que l'on a passé avant mais aussi après l'internat. Nous sommes des handicapés sentimentaux mais c'est toujours mieux de l'être à deux. Tu es partie super loin mais je sais que l'on pourra toujours compter l'un sur l'autre !

**A Soso**, merci de toujours prêter une oreille quand j'en ai besoin et d'être parfois trop souvent ma psychologue. Je m'excuse de t'avoir laissé enfermer ce fameux jour à Avignon. Je me rachèterai dans cette vie... ou la prochaine.

**A Juju et Chloé**, parce que en y réfléchissant je n'ai pas eu qu'une seule colocation ! On a passé plein de shinnys moments entre jeunes loups célibataires !

**Aux Chauvins**, merci d'avoir nommé une chambre à mon nom et partagé tous ces dimanches soir avec moi dans le moment où j'en avais le plus besoin, je ne vous en serai jamais assez reconnaissants !

**A Coco et Nath**, merci d'être toujours la même malgré une situation pouvait être difficile. Vous êtes un exemple de parentalité, pleins de bisous à tous les trois.

**A Aurélie et Laura**, on s'est connu en des moments différents mais merci d'avoir été un soutien important pour nous durant ces deux dernières années.

## Table des matières

I.	Introduction.....	3
II.	Méthode.....	7
1.	Population étudiée.....	7
2.	Recueil des données.....	7
3.	Analyse des résultats.....	8
4.	Aspects éthiques et réglementaires.....	8
III.	Résultats.....	10
1.	Caractéristiques des participants.....	10
2.	Le suivi ASALEE : une organisation qui s’adapte au quotidien des patients.....	11
a.	L’organisation du suivi ASALEE en pratique.....	11
b.	La coopération entre le médecin traitant et l’infirmière.....	13
c.	Les difficultés rencontrées lors du suivi.....	15
3.	Évolution du vécu du diabète.....	16
a.	La découverte de la maladie.....	16
b.	L’infirmière ASALEE et l’éducation thérapeutique.....	18
4.	L’infirmière ASALEE, un soutien psychologique et social.....	24
a.	Un lieu de parole.....	24
b.	Un soutien motivationnel.....	25
c.	Un soutien social.....	27
IV.	Discussion.....	28
1.	Résultats principaux.....	28
2.	Les forces du dispositif ASALEE.....	29
a.	Une oreille disponible.....	29
b.	Une approche centrée patient.....	29
c.	Un intérêt économique.....	30
3.	Les freins rencontrés lors du suivi.....	31
a.	Les obstacles des patients.....	31
b.	Les obstacles des médecins.....	32

c.	Les obstacles des infirmières.....	33
4.	Le rôle des infirmières en soins primaires à l'étranger.....	34
a.	Le modèle anglais.....	34
b.	Le modèle Nord-Américain.....	35
5.	Forces et faiblesses de l'étude.....	36
a.	Étude qualitative.....	36
b.	Recrutement.....	36
c.	Recueil des données.....	36
d.	Méthode d'analyse.....	36
V.	Conclusion.....	37
VI.	Bibliographie.....	38
VII.	Annexes :.....	42

## I. Introduction

En 2021, 537 millions de personnes étaient atteintes de diabète, tout type confondu, dans le monde (1). Selon l'OMS, le diabète est l'une des maladies les plus mortelles, avec l'hypertension artérielle et le tabagisme et représente la première pandémie mondiale non contagieuse (2). Selon des estimations réalisées par l'International Diabetes Federation en 1990, le nombre de personnes diabétiques devrait atteindre 240 millions en 2024, réparties sur l'ensemble des continents. Toutes les 6 secondes, une personne décéderait de complications du diabète, portant le nombre de victimes à près de 7 millions par an (3).

En France, en 2019, 4,5 millions de personnes seraient diabétiques dont un million n'en auraient pas connaissance. Quatre-vingt-dix pourcents de ces derniers sont diabétiques de type 2. Si l'on se concentre sur le nombre de patients traités médicalement, les chiffres avoisineraient 3,5 millions de français en 2020. Dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Var et de Vaucluse, 5,11% de la population suivrait à ce jour un traitement pour le diabète. (4)

Le diabète expose à des complications sévères :

- Multiplication par 8 du risque d'amputation des membres inférieurs, d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral. Il est la première cause d'amputation hors accident en France et la deuxième cause d'accident cardio-vasculaire.
- Multiplication par 9 du risque de dialyse pour insuffisance rénale terminale.
- Première cause de cécité chez l'adulte : 2 % des diabétiques sont aveugles.

D'autre part, le coût annuel des soins de santé d'un patient atteint de diabète est estimé à 4 500 euros, tout type confondu.(1)

C'est pour répondre aux problématiques des maladies chroniques, dont le diabète est l'un des chefs de file, que s'est développé en France à la fin 1990 l'éducation thérapeutique des patients (ETP) (5). Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie (6). Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et

informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Dans le cadre du diabète de type 2, elle vise donc à aider le patient à (7):

- Mieux appréhender sa maladie et son suivi ;
- Comprendre le rôle des médicaments prescrits et être en mesure d'adapter un traitement par insuline quand celui-ci est nécessaire, favorisant ainsi l'adhésion thérapeutique
- Équilibrer et adapter son alimentation ;
- Pratiquer une activité physique régulière

Un programme d'ETP peut être coordonné par un médecin ou par tout autre professionnel de santé.

En France, dans le Loiret et l'Indre, une étude quantitative réalisée en 2007 explorant la pratique d'ETP dans le cadre du diabète mettait en avant les freins rencontrés par les médecins généralistes. Ceux-ci reconnaissaient à 72 % de ne pas avoir assez de temps. Pour améliorer l'ETP de leur patients 22 % demandaient plus de temps et 16 % demandait la formation de structure d'ETP additionnelle.(8)

En 2017, à Mimizan, une étude rétrospective a cherché à évaluer l'acquisition des compétences et les modifications de comportement des patients diabétiques de type 2 ayant participé à un programme d'ETP en ambulatoire. L'évolution de l'HbA1c a aussi été étudiée. Vingt et un patients, adressés par leur médecin traitant, ont été inclus. Elle a montré une amélioration des connaissances des patients diabétiques de type 2 et en particulier concernant les objectifs de sécurité comme la gestion des hypoglycémies, la réalisation d'injection d'insuline et la capacité à avoir un apport glucidique équilibré. Elle a aussi mis en avant une amélioration significative de l'HbA1c chez les patients inclus. (9)

C'est dans ce contexte qu'a été créé en 2004, l'association ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe). Les objectifs étaient de développer le suivi de type ETP pour les patients atteints de certaines maladies chroniques et de déléguer à des infirmières une partie de ce suivi. La création de ce nouveau métier « d'infirmière ASALEE » s'est inscrit dans un temps ou la



démographie médicale, le vieillissement de la population et le développement de maladie chronique demandait une modification du système de soin primaire (10). La délégation des tâches étant largement encouragée par l'Etat, le protocole ASALEE, en accord avec la loi HPST 2009 (11), proposait la mise en place de protocoles de coopération médecin/infirmier dans le cadre de missions précises :

- Suivi des patients diabétiques de type 2 (rédaction et signature de prescriptions types d'examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds)
- Suivi des patients à haut risque cardiovasculaire (prescription et réalisation des ECG)
- Suivi et dépistage des patients tabagiques à risque de BPCO (prescription, réalisation et interprétation de spirométrie)
- Repérage et dépistage des troubles cognitifs des personnes âgées (réalisation de test mémoire tel que le MMSE).

Leur objectif principal reste avant tout la réalisation d'acte d'ETP. En effet, les infirmières ASALEE partent du postulat que le patient doit rester au centre des consultations et le rendre acteur de la prise en charge de sa pathologie. (12)

En novembre 2021, le dispositif ASALEE concernait 1300 infirmières et 5 500 médecins généralistes en France. Dans la région PACA, on retrouvait 37 infirmières pour 136 médecins généralistes.(13)

Une étude observationnelle réalisée en 2016, cherchant à évaluer l'efficacité du protocole de coopération ASALEE chez des patients diabétiques de type 2 dans les Landes a retrouvé une amélioration significative du suivi des patients inscrit dans le protocole dans la réalisation de six des sept (hormis le dosage de la créatininémie) examens de suivi recommandés par la HAS.(14)

En 2017 une méta-analyse regroupant cette fois-ci 64 études, issues de plusieurs pays différents, recherchait l'impact global des infirmières sur le système de santé. Elle a montré une diminution de la mortalité dans les prises en charge aigue, mais aussi qu'une infirmière

formée permettait une prise en charge équivalente à celle des médecins, en particulier en soins primaire, sur les pathologies chroniques (15).

Dans la même année, une méta-analyse regroupant 11 études recherchant l'impact de la collaboration entre médecins généralistes et infirmières sur les problématiques de santé a été publiée. Les études étaient issues de pays au niveau de vie aisé. Elle a mis en avant une efficacité de la collaboration médecins/infirmières sur un ensemble très varié de pathologies. Se démarquait néanmoins la prise en charge de l'hypertension artérielle, la diminution du nombre d'hospitalisations et une amélioration de la satisfaction des patients quant à leur suivi. (16)

Enfin, en 2020, a été réalisée une étude rétrospective cherchant à évaluer l'efficacité des groupes de marche organisés par les infirmières ASALEE dans la prise en charge du cholestérol. 137 patients avaient été inclus. On notait une diminution du LDL chez les patients participants à l'activité. Néanmoins, cette baisse n'était pas significative par manque de puissance. (17)

Ces différentes études mettent en avant l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique et des interventions des infirmières dans la prise en charge des patients ainsi que leur collaboration avec les médecins généralistes en soins primaires. Mais qu'en est-il du vécu et du ressenti des patients suivis dans le protocole ASALEE ?

L'objectif de l'étude était d'évaluer le vécu et le ressenti des patients diabétiques de types 2 suivi dans le cadre du protocole ASALEE dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Var et du Vaucluse.

## II. Méthode

Nous avons mené une étude qualitative, de type phénoménologique, par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de patients diabétiques de type 2, suivis dans le cadre du protocole de coopération ASALEE.

### 1. Population étudiée

Nous avons inclus dans l'étude des patients majeurs, diabétique de type 2, ayant bénéficié d'une ou plusieurs consultations pour ce motif dans le cadre du protocole ASALEE dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Var et du Vaucluse. S'agissant d'une étude phénoménologique interprétative, aucun échantillonnage raisonné n'a été réalisé. Il a tout de même été demandé d'avoir des durées de suivi différentes pour évaluer l'évolution du vécu au cours du temps.

Le recrutement a été réalisé par l'intermédiaire des infirmières qui suivaient les patients. Pour cela, une rencontre (téléphonique ou visioconférence) a été organisée avec les infirmières, seules ou en groupes. Lors de ces rencontres, les objectifs de l'étude et les critères d'inclusions des patients ont été précisés, ainsi que les modalités du déroulement des entretiens qui devaient être transmises aux patients.

Une fois l'accord oral des patients obtenus, les infirmières ont communiqué à l'examineur leurs coordonnées. Ils ont tous été ensuite contacté par téléphone pour l'organisation des entretiens.

### 2. Recueil des données

Les entretiens individuels semi-dirigés avec les patients se sont déroulés soit au cabinet ou exerçait l'infirmière qui les suivait soit au domicile des patients selon leur préférence.

Les patients ont été informés de l'objectif de l'étude, de son caractère anonyme et de leur possibilité de se rétracter à tout moment.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés avec l'accord des participants.

Ils étaient basés sur un guide d'entretien visant à explorer le déroulement, le ressenti des patients et l'évolution de leur suivi par les infirmières ASALEE. L'impact sur leur vie quotidienne, le vécu de leur maladie, leur vision du protocole et de ses possibles évolutions a également été exploré.

Lors des premiers entretiens, des difficultés avaient été constatées lorsqu'il était demandé de décrire le déroulement des consultations. Le guide d'entretien a donc été revu après le troisième entretien.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité en incluant les éléments non-verbaux tels que les expressions des sentiments (pleurs, rires), les gestes considérés comme exprimant un sentiment ou une réaction, ainsi que les éléments perturbants l'entretien comme les appels téléphoniques ou les interruptions par un tiers.

Les entretiens ont été analysés au fil de l'eau. Une fois la suffisance des données atteinte, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer cette suffisance.

### 3. Analyse des résultats

Une première étape d'analyse verticale a permis de faire émerger les différents thèmes. Un codage axial de l'ensemble des entretiens a ensuite permis de catégoriser les différentes idées et de relier les catégories entre elles selon les thèmes finalement retenus. Les analyses et l'arbre de codage ont été réalisés avec le logiciel de carte mentale en ligne MindMeister®.

Afin d'améliorer la qualité et l'objectivité des analyses, l'analyse verticale des entretiens a été réalisée par deux chercheurs.

### 4. Aspects éthiques et réglementaires

Pour maintenir l'anonymat des participants et des personnes citées pendant les entretiens, les noms ont tous été remplacés par des initiales.

Un document d'information concernant l'étude, son caractère anonyme et la possibilité de s'en retirer à tout moment a été remis à tous les participants.

S'agissant d'une étude qualitative n'explorant pas un sujet sensible, mais le vécu de soins existants en routine et non pas créée à des fins de recherche, aucune demande auprès d'un comité d'éthique ou d'un comité de protection des personnes n'a pas été nécessaire, conformément à la loi Jardé.

### III. Résultats

#### 1. Caractéristiques des participants

Trois infirmières ASALEE ont recruté les participants parmi leurs patients. Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés, la suffisance des données ayant été obtenue au bout du septième participant. Les entretiens ont duré entre 16 et 69 minutes pour une moyenne de 33 minutes avec un écart-type de 16 min. La moyenne d'âge était de 65,5 ans avec un écart-type de 9 ans.

P	Age	Situation professionnelle	Temps de suivi	Département	IDE
P1	69 ans	Retraité	4 ans	13	1
P2	64 ans	Retraité	3 ans	13	1
P3	66 ans	Conducteur scolaire	4 ans	13	1
P4	56 ans	Sans-emploi	2 ans	13	1
P5	46 ans	Agent de sécurité	1,5 ans	13	1
P6	67 ans	Retraité	1 an	83	2
P7	79 ans	Retraité	1 an	83	2
P8	65 ans	Fonctionnaire	8 mois	84	3
P9	65 ans	Retraité	2 mois	84	3
P10	78 ans	Retraité	1 mois	84	3

Trois thèmes ont émergé des analyses des entretiens : la vision des patients vis-à-vis de l'organisation du suivi, l'évolution de leur vécu du diabète et enfin le soutien psychologique et social lors du suivi ASALEE.

## 2. Le suivi ASALEE : une organisation qui s'adapte au quotidien des patients

### a. L'organisation du suivi ASALEE en pratique

- *Initiation du suivi*

La majeure partie des patients ont rencontré l'infirmière ASALEE par le biais de leur médecin traitant. Ces derniers leur proposaient un rendez-vous avec l'infirmière exerçant dans leur cabinet lors des consultations ou la présentait à la fin de celles-ci.

« Ben, j'étais là le jour où elle est arrivée d'ailleurs. Dr R m'a dit ben si vous voulez, il y a une infirmière qui va arriver et il m'a expliqué... Je lui ai dit oui pourquoi pas... " (P8)

Le fait que la présentation se déroule de cette manière peut représenter une incitation pour les patients. En effet, une relation de confiance existe entre les deux parties. Les patients ne connaissant pas le protocole ont donc commencé le suivi ASALEE avec un a priori positif puisqu'il venait directement des conseils de leur médecin traitant.

« Donc quand il m'a dit aussi est ce que vous voulez voir quelqu'un, j'ai dit oui... S'il me propose ça, c'est qu'il peut y avoir quelque chose de bien à tirer. » (P8)

Certains sont entrés dans le protocole par d'autres moyens. Ils ont pu être contacté soit directement par l'infirmière, soit initié la prise en charge pour d'autres raisons que le diabète notamment le suivi du poids ou l'arrêt du tabac :

« Le poids, le poids le problème de hernie discale » (P4)

« En 2018, j'ai commencé à faire un atelier anti-tabac, je fumais énormément, je fumais 2 paquets et demi par jour et j'ai fait le premier atelier. » (P2)

- *La première consultation*

La plupart des premières consultations avec l'infirmière duraient une heure et permettaient un interrogatoire poussé, explorant notamment les antécédents de chaque patient, les traitements qu'ils prenaient ainsi que les antécédents de leurs bilans sanguins.

« Alors la première consultation, on a fait un entretien qui a... Qui a duré. Parce que j'ai presque souvenir d'une heure » (P6)

« Elle m'expliquait un petit peu l'analyse de sang et c'était bien, c'était bien de savoir. » (P9)

Par la suite, la consultation était ciblée sur le diabète. En s'adaptant aux connaissances de chacun, elles reprenaient le fonctionnement des différents traitements. De plus, elles mettaient à jour les examens de dépistages tels que le test au monofilament et l'électrocardiogramme :

« Un examen total des pieds pour voir si j'avais des plaies ou si j'étais sensible et cetera » (P2)

« Me faire aussi bien un électrocardiogramme » (P8)

Puis les infirmières prenaient le temps de présenter leurs objectifs, principalement concernant l'éducation thérapeutique. Les participants ont donc reçu des conseils personnalisés concernant leur alimentation, la pratique d'activité physique... Les infirmières ont aussi repris les différents points concernant le suivi du diabète avec les différents examens biologiques et consultations de spécialistes à réaliser :

« J'ai eu beaucoup de conseils concernant tout le suivi de ce qu'un diabétique doit faire. » (P5)

« On a parlé de mon poids...De l'alimentation » (P4)

- *Le déroulement du suivi*

Par la suite, les suivis différaient en fonction des patients. Certains étés revus tous les trois mois, d'autre tous les mois ou encore tous les quinze jours :

« Tous les quinze jours » (P4)

« Depuis, je suis régulièrement suivi tous les mois. » (P2)



Le rythme semble varier en s'adaptant aux patients et peut changer en fonction de ses besoins :

« Mme B à un moment donné, on se voyait une fois par mois puis après elle a vu qu'il fallait rapprocher, elle a dit une fois tous les 15 jours. » (P8)

Les patients ont mis l'accent sur la répétition des différents points abordés au cours de la première consultation. À chacune d'entre elles, des conseils personnalisés sur l'alimentation et la réalisation d'activité physique étaient repris. Cela permettait au patient de nombreux rappels qui ont permis d'inscrire les changements d'habitude dans le temps :

« Il y a une espèce de coaching qui est important parce qu'assez répétitive et dans le temps, mais aussi assez important sur le moment. » (P8)

Un retour sur les bilans et les consultations de suivi était fait. Dans ce cadre, les infirmières pouvaient aider à la prise de rendez-vous, ce qui semblait apprécié par de nombreux patients :

« J'essayais de prendre des rendez-vous je n'arrivais pas alors elle regardait sur Internet. » (P1)

Enfin certains patients n'hésitaient pas à avoir recours à leur infirmière ASALEE pour la réalisation d'acte technique tel que les bilans sanguins, la réfection de pansement ou encore plus récemment la vaccination :

« En plus, quand j'ai des piqûres à faire, j'essaye que ce soit elle qui me les fasse. » (P3)

b. La coopération entre le médecin traitant et l'infirmière

- *Un échange perpétuel*

Les patients ont mis en avant différents aspects de la collaboration des soignants.

Ils ont pointé l'importance des échanges qui étaient réalisés entre les parties notamment par le biais d'un dossier médical partagé. Cet échange permet aux médecins traitants d'être au courant des discussions entretenues lors des consultations entre les patients et les infirmières

permettant ainsi de connaître leur évolution et ainsi d'adapter leur discours et leur thérapeutique.

« Ce que je trouve en plus de très bien, c'est qu'elle met tout le résultat de son travail à disposition de mon médecin. Il sait qu'il y a eu un entretien, il sait ce qu'il s'y est dit et ça c'est bon... Pour moi c'est intéressant aussi parce que le médecin me suit » (P6)

D'après les patients, ces échanges étaient favorisés par la proximité des intervenants et l'organisation de réunions fréquentes :

« L et E ?! Ah oui, c'est juste la et la » (P1)

« Ils font des réunions ensemble. » (P2)

Cette proximité permettait aussi aux patients de regrouper les consultations. En effet, certains binômes Médecin/Infirmière permettaient d'enchaîner les deux rendez-vous. Ainsi, les patients consultaient leur infirmière juste avant le rendez-vous avec leur médecin. Cela leur permettait de réaliser une pesée, faire un récapitulatif de leur suivi et réaliser les examens de routine comme l'électrocardiogramme annuel et le test au monofilament. Ceci se traduit par un gain de temps pour les patients qui pourrait représenter un frein au bon déroulement du suivi :

« Elle me pèse avant que j'aille chez le Dr E. Des fois je passe chez L et après je vais chez le Dr E » (P4)

- *Des rôles bien définis*

Concernant la collaboration entre les médecins et infirmières, la plupart des patients précisait que malgré le fait que le suivi soit réalisé en binôme, les décisions concernant la prise en charge revenaient et devaient rester au médecin :

« J'ai l'infirmière L qui me suit par rapport à mon hygiène (...) mais les examens ça, c'est mon docteur qui fait des examens. » (P3)

- *Une aide qui devient indispensable*

Les personnes interrogées mettaient en avant les nombreuses situations au cours desquelles les infirmières venaient en aide aux médecins.

Dans plusieurs entretiens nous retrouvons des patients qui n'hésitaient pas à demander à leur infirmière le dépannage d'une ordonnance perdue. En découlait un gain de temps du médecin traitant :

« Des fois, elle regarde sur l'ordinateur quand je manque d'une ordonnance » (P1)

Enfin, les médecins mettaient cette importance en avant directement en l'exprimant aux patients. Par la délégation d'acte, la répartition du temps de consultation se retrouvait modifiée. Les patients mieux au fait de leur pathologie étaient plus sensible au discours médical, les examens de dépistages comme l'ECG étaient déjà réalisés et ne demandaient qu'une lecture :

« Mon docteur, il me dit heureusement qu'on a L parce qu'elle est là quand on a besoin. » (P4)

#### c. Les difficultés rencontrées lors du suivi

- *Des problématiques liées aux patients*

Le principal problème lié au suivi décrit par les patients était le manque de temps. En effet, ceux-ci expliquaient qu'il est parfois difficile de se tenir au suivi régulier à cause du travail, de la famille... Ils appuyaient sur le fait que cela n'était pas lié au manque de disponibilité des infirmières, mais uniquement à des problèmes organisationnels de leur part.

« J'étais irrégulier pour venir, quand on fait des RDV, ce n'est pas que je ne viens pas, c'est par rapport à mon travail, j'annule et c'était comme ça » (P5)

D'autres contraintes sont apparues lors des entretiens. Des patients parlaient de leurs problématiques financières, car l'application des conseils prodigués par l'infirmière impliquait des dépenses supplémentaires.

- *Des contraintes d'effectif*

Lors des entretiens, les patients s'inquiétaient du manque d'effectif ASALEE. Cela pouvait induire plusieurs problématiques. Des participants ont rencontré des difficultés pour le maintien des rendez-vous à cause de l'éloignement que pouvait entraîner un déménagement. Du fait d'effectif encore limité, la répartition territoriale des infirmières ASALEE est inégale et les patients ont rarement la possibilité de trouver une nouvelle personne pour les suivre.

« Peut-être que j'irai plus par rapport à la route quoi » (P3)

D'autres patients étaient inquiets quant au futur de leur suivi, car un des points forts de celui-ci était la disponibilité des infirmières. Hors du fait d'un manque d'effectif et d'une demande grandissante de patients, cela se retrouverait irrémédiablement altéré.

« Je suppose que V va être vite débordée...Be qu'elle ne soit pas toute seule, mais je vois mal le cabinet avoir 2-3 infirmières comme ça aussi » (P8)

### 3. Évolution du vécu du diabète

#### a. La découverte de la maladie

- *Un diagnostic fortuit*

Lors des entretiens, tous les patients racontaient avoir découvert leur maladie lors d'un bilan de routine réalisé avec leur médecin traitant :

« J'ai fait une prise de sang annuelle et bon, j'étais convaincu puisque toutes les prises de sang que j'ai faites disaient que tout allait bien et donc pas de raison que ça ne continue pas. Enfin si, il y en avait une le diabète » (P6)

- *Des réactions différentes*

Lors des entretiens six patients sur dix racontaient avoir un vécu difficile de l'annonce du diagnostic. Pour ces derniers cela a été brutal entraînant un choc majeur. Ils ont ressenti de la peur quant aux conséquences.

« Ah mal ! Mal très très mal » (P3)

« J'ai eu peur, j'ai eu peur. » (P9)

Des patients, expliquaient que cette réaction était principalement due à une expérience personnelle qu'ils avaient vécue dans leur entourage. Ainsi certains avaient des proches qui avaient vécu directement les complications du diabète : amputations de membres, complications cardiaques, décès.

« Vu que cette maladie-là elle me fait peur par rapport à ma mère et qui avait les symptômes et qui en a beaucoup souffert » (P9)

« J'ai une nièce qui est morte... Euh morte vraiment » (pleurs lors de l'entretien) (P8)

D'autres minimisaient initialement l'impact du diabète. Cela s'expliquait pour certains par l'absence de signes physiques parlant lors du diagnostic. Ils ne comprenaient pas ou ne voulaient pas comprendre les réels risques de la maladie entraînant une certaine forme de dénis :

« Je me disais que bon ça aurait pu être pire et que je n'ai pas à me plaindre parce que c'est une maladie avec laquelle on peut vivre quand même » (P8)

Une partie des personnes interrogées semblait avoir accepté la maladie très rapidement :

« Oui oui, c'est pareil, c'est une maladie comme une autre. » (P1)

Tous ont eu conscience que cela impliquait des changements dans leur vie quotidienne. Les modifications les plus envisagées concernaient leur alimentation, venait ensuite la prise médicamenteuse et le suivi qui en découlait :

« Ben faire attention le régime. Des prises de sang très régulièrement, des médicaments matin midi et soir »

Malgré tout, cela leur a semblé difficile à poursuivre et les patients ressentaient parfois un sentiment de résignation :

« Une fois qu'on a dépassé on a dépassé, que je sois à 11 ou à 10 de glyquée pour moi c'était pareil. » (P8)

b. L'infirmière ASALEE et l'éducation thérapeutique

- *L'explication de la maladie*

Lors des consultations, les patients racontaient avoir reçu un apprentissage concernant les mécanismes de la maladie. Ainsi un patient racontait avoir compris les symptômes qu'il éprouvait avant le diagnostic, expliquant le syndrome cardinal :

« Alors elle m'a expliqué qu'en fait je buvais beaucoup donc je faisais beaucoup pipi avec du sucre pour l'éliminer et que mon corps en fait, il n'absorbait pas le sucre. » (P8)

Ou encore l'insuffisance pancréatique :

« C'est parce que le pancréas fournis de l'insuline qui bouffe le sucre. Et c'est l'insuffisance pancréatique qui fonctionne plus correctement. » (P6)

Puis les patients ont été sensibilisés aux méthodes de suivi et leur fonctionnement ainsi qu'au mécanismes entrant en jeux dans le développement des complications :

« Ce n'est pas la peine pendant 15 jours de faire attention avant parce que la glyquée est toujours élevée » (P8)

« Leur but, c'est quand même que mes artères ne se bouchent pas, qu'on ne me coupe pas une jambe, une oreille ou un doigt de pied n'importe quoi »

- *Changement des habitudes de vie*

Par la suite, les patients mettaient l'accent sur l'aspect qui semblait prédominer lors des consultations : l'adaptation des habitudes de vie. Ces changements concernaient principalement les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques. Sur ces deux aspects de la vie quotidienne, le discours des différentes infirmières était très homogène parmi les participants.

Concernant l'alimentation, les infirmières semblaient mettre en place des techniques semblables afin de faire passer les différentes informations. Ainsi, elles utilisaient différents supports comme la réalisation de schémas, l'utilisation de brochures, la prise de photos de leurs repas, l'utilisation d'application mobile...

« Elle m'a donné le planning, des brochures avec tous les aliments. » (P4)

« Elle me faisait prendre au début en photo les plats que je consommais. » (P7)

Elles donnaient plusieurs conseils concernant les aliments à privilégier et à éviter. La consommation de pain complet aux dépens du pain blanc a été évoquée par l'ensemble des patients.

« La baguette blanche, le pain blanc... Ah attention le pain blanc » (P9)

La diminution de la consommation de sucreries, de boissons alcoolisées et de produits transformés étaient aussi récurrents. Les patients retenaient qu'il était préférable de les remplacer par d'autres aliments comme les fruits à coque pour les apéritifs, les boissons sans sucres ou encore les édulcorants.

« Parce que l'alcool ce n'est pas bon quoi, un verre de vin c'est 5 morceaux de sucre, il faut réfléchir avant de le boire » (P6)

Concernant les quantités, les infirmières donnaient des exemples clairs aux patients. Elles utilisaient toute l'image de « l'assiette équilibrée » (18). Selon ce principe, en prenant une assiette ronde, la moitié est représentée par les légumes, un quart par les féculents et le dernier quart par les protéines.

« Elle m'a dit aussi comment je dois manger mon assiette, la partager en 3. » (P7)

Une des infirmières demandait à ses patients de poser l'ensemble du repas sur un plateau, la quantité des ingestas ne devant pas dépasser sa capacité de contenance. Elle leur expliquait que la quantité de fromage ne doit pas excéder la taille de leur pouce et que le fruit consommé doit tenir dans leur paume de main.

« Elle m'a dit, vous mettez tout sur un plateau (montre la forme d'un plateau avec ses mains.). Alors j'avais du mal à tout mettre sur un plateau. » (P6)

Toutes ces informations, principalement données lors des tout premiers rendez-vous, ont permis aux patients de se rendre compte des erreurs « grossières » qu'ils faisaient au quotidien.

« En fait ça m'a fait prendre conscience de ce que je mange. Et je mange trop. » (P6)

De même, les différents procédés mis en place pour faire passer les informations ont permis de rendre la démarche plus ludique, les patients ne vivant pas la modification de leurs habitudes de vie comme un fardeau.

« Alors cette application-là, elle est bien, mais elle donne toutes les indications même au niveau écologique et c'est vraiment... moi ça me plaît de prendre mon temps aussi pour choisir mes aliments. » (P9)

Les participants ont mis l'accent sur la différence avec leurs expériences passées. Nombre d'entre eux sont passés par des régimes contraignants et non-efficaces.

« Et malgré tous ces efforts, ce n'était vraiment pas suffisant. Donc il fallait redoubler voire tripler encore les efforts ce qui pour moi était... était difficile quoi » (P8)

Dans ces cas-là, leur infirmière prenait le temps de faire le point sur les idées reçues de chacun. Cela a permis aux patients de comprendre qu'ils pouvaient s'accorder quelques « petits plaisirs » par semaine rendant les efforts moins pénibles.

« Juste il ne faut pas abuser. Par exemple, j'ai envie de manger un gâteau, par exemple de la pâtisserie. Un morceau de millefeuille par exemple, je coupe le truc en 2 ou en 3. Déjà j'ai goûté, je savoure le... le gâteau » (P5)

Certaines habitudes culturelles constituaient un frein pour les participants. Les conseils alimentaires étant principalement calqués sur des modèles occidentaux, les patients d'autres origines ont éprouvé des difficultés à les appliquer.



« Nous, on a certains aliments qui sont africains la banane, le manioc et tout ça... Même si on n'a pas l'habitude des légumes, de tant en tant du coup on y pense... Mais pas souvent (rires) » (P1)

De même les principes religieux pouvaient constituer un frein à l'application des conseils prodigués. C'est le cas pour un des patients qui était inquiet lors des périodes de ramadan. L'infirmière qui le suivait l'a rassuré sur l'adéquation entre le suivi des règles diététiques et sa pratique religieuse.

« Elle m'a expliqué par rapport au jeûne. En fait, elle m'a dit tu peux jeûner » (P5)

Enfin parce qu'une alimentation plus équilibrée est bien souvent plus chère, certains patients ont rencontré des difficultés à suivre les consignes.

« Ce que tu me dis de manger ce ne sont pas des choses que je déteste, c'est des choses que moi j'aime, que je mange mais c'est de temps en temps. Je ne peux pas me permettre de les manger tout le temps » (P4)

Dans ces cas-là, l'infirmière donnait des fiches d'aliments de saisons en fonction du moment de l'année, diminuant ainsi le prix des légumes. Elles proposaient aussi de remplacer les légumes frais par des légumes congelés moins cher. Cela a permis aux patients de pouvoir appliquer les conseils.

Certaines infirmières n'hésitaient pas à avoir recours à d'autres intervenants pour leur venir en aide. Elles réalisaient des réunions avec des diététiciens, des diabétologues...Elles organisaient aussi des sorties avec les patients comme c'est le cas d'une des infirmières qui faisait des ateliers cuisine. Les patients devaient s'occuper de la culture de leurs légumes qu'ils cuisinaient par la suite en groupe. Cette expérience ludique a été vécue de manière positive par l'ensemble des patients racontant son déroulement avec enthousiasme.

« On va voir une dame, qui... qui fait son potager et qui nous apprend à faire la culture écologique et après on ramasse ce qu'on a on a soigné et on fait la cuisine » (P2)

L'ensemble de ces échanges ont permis à la majeure partie des patients de modifier, parfois drastiquement, leurs habitudes alimentaires. Discuter des difficultés rencontrées a permis aux

infirmières d'adapter leur discours et ainsi aux patients de les surmonter, du moins en partie, rendant leur adhésion aux règles de diététique plus facile.

Les patients ont, par la suite, été sensibilisés à la pratique d'activité sportive. Les infirmières ASALEE leur préconisaient de marcher de manière régulière. Elles organisaient des sessions de marche en groupe. Ces moments duraient en moyenne une heure et demie. L'intensité était adaptée pour que l'ensemble des patients puisse suivre, les infirmières restant avec les patients les plus fragiles et en difficulté pour leur venir en aide.

« En ce moment, c'est 9 h et on fait entre 9 h et 11 h [...] on fait entre 6 et 9 km selon les balades. » (P7)

Par ailleurs, les infirmières organisaient d'autres ateliers avec d'autres intervenants comme des cours de sports adapté, des cours de yoga pour la relaxation avec des coachs sportifs. Cela avait pour but d'entretenir l'activité sportive des patients mais aussi de les éveiller à la pratique de celle-ci.

Cela a permis aux participants de sortir de la sédentarité à laquelle ils étaient habitués.

« Ça nous oblige à sortir de chez nous, à être moins... euh... Moins sédentaire. On était enfermés. » (P7)

À la suite de cet éveil, un grand nombre de patients a continué à pratiquer la marche en dehors du cadre des sorties ASALEE. Pour se tenir à la pratique minimale d'une heure trente par semaine, certains ont adapté leur rythme de travail, prenant plus les transports en commun et se déplaçant à pied sur leurs lieux d'exercice.

« Avant, je prenais la voiture pour aller travailler, pour bouger et tout, la maintenant, je bouge à pied. » (P5)

- *Mieux vivre avec le diabète*

L'application de ce changement d'habitude a permis aux patients de mieux vivre avec leur maladie. L'ensemble de ces derniers déclare se sentir en meilleure santé depuis qu'ils sont suivis par l'infirmière ASALEE.

« La maintenant, je ne me sens pas malade » (P2)

Nombre d'entre eux ont perdu du poids, parfois de manière conséquente. Cela s'est fait de manière progressive, en adaptant leur alimentation sans avoir recours aux exigences de certains régimes. Il en résulte un état de satisfaction intense.

« Depuis, j'ai perdu quand même 11 kilos ! (Sourire) » (P7)

De même, en pratiquant une activité physique plus régulière beaucoup ont constaté un changement. Par l'habitude d'exercice, ils se sentaient en meilleure forme physique n'hésitant pas à pratiquer des efforts de plus en plus intenses.

« On fait aussi pas mal de rando, de balades, les montées, je ne suis plus essoufflé, enfin je me sens mieux et mieux ça va plus j'ai envie de continuer quoi. » (P9)

Par l'explication et l'appropriation des traitements et des méthodes de suivi, les patients se sont sentis rassurés. Quelques-uns attendaient aussi leur future prise de sang avec impatience pour quantifier leur progrès. D'autres, ont commencé à suivre les traitements de manière plus rigoureuse objectivant une amélioration certaine et n'étant aucunement intentionné à revenir en arrière.

« Vous voyez donc qu'en faisant vraiment attention aux choses, les choses vont bien [...] pour que je prenne conscience que je devais prendre le traitement comme il faut, Be il fallait que je passe par là » (P8)

Certains d'entre eux pensaient qu'ils n'auraient jamais fait seul l'ensemble des changements qu'ils ont apporté à leur quotidien.

« Je la remercie beaucoup parce qu'avant, je ne faisais rien. » (P4)

De manière plus simple, ils pensaient que ce nouveau type de suivi à changer leur vie.

« Ça a changé notre vie, ça a changé du tout au tout. » (P2)

#### 4. L'infirmière ASALEE, un soutien psychologique et social

##### a. Un lieu de parole

Lors des entretiens, l'ensemble des patients a déclaré se sentir plus écouté. Ils ont mis l'accent sur le temps de parole que leur a été donné lors des consultations ces dernières pouvant durer plus d'une heure.

« J'étais étonné de voir que quelqu'un prenait le temps qu'il fallait pour tout connaître. » (P7)

Pour certains d'entre eux, cela marquait un changement radical avec leur suivi précédent. En effet, la consultation chez leur médecin traitant durant en moyenne 15 minutes, les patients ressentaient un manque d'écoute, la consultation se résumant pour certains à un renouvellement d'ordonnance sans prise en compte de leurs problématiques.

« Juste il disait qu'on était malade et marquait les médicaments et on part. Mais avec L on vient, on parle de nos soucis, de nos problèmes, elle nous écoute » (P2)

Lors de leurs consultations avec l'infirmière, ils ont appuyé le fait de pouvoir exprimer les différents aspects de leur vie qui peuvent les impacter et qui par conséquent peuvent modifier leur prise en charge. La plupart parlaient ainsi des soucis qui les préoccupaient rencontrant une oreille attentive.

« Elle m'a écoutée jusqu'au bout et je lui parle de tout. Et chaque fois elle a eu une réaction très humaine et en tout cas très respectueuse » (P8)

Lorsque les patients ne se livraient pas, les infirmières se sont intéressées d'elles même à leur état psychologique. Elles ont questionné les patients sur leur humeur du moment, sur la qualité de leur sommeil ou encore les différentes problématiques qui rythment leur vie comme les soucis familiaux, le travail...

« Elle me demande, est ce que tu es énervé ? Par rapport au stress au travail ? » (P5)

Dans le but de leur venir en aide, les infirmières ont pris le temps de connaître les différentes ressources comme l'entourage ou la religion que pouvaient avoir les patients. Elles n'ont pas hésité par la suite à les inclure dans la prise en charge en les invitant par exemple à la réalisation des différents ateliers qu'elles pouvaient organiser.

« Moi, j'y suis allé avec mon épouse » (P1)

En découlait un sentiment de soulagement pour la plupart des patients. Une d'entre elle a arrêté son suivi psychologique qu'elle attribuait à son suivi avec son infirmière.

« Ah, c'est toujours bien d'avoir quelqu'un qui vous reçoit qui est gentil ou on peut parler et franchement ça fait toujours du bien. » (P6)

C'est pour l'ensemble de ces raisons que les patients se sont sentis in fine mieux suivi que précédemment.

« Voilà plein de choses que les médecins en principes ne font pas » (P2)

Parfois la relation patient/infirmier a pu dépasser le domaine de la santé. Les patients ont mis un point d'honneur à ne pas caractériser la relation comme « amicale » mais ont vu en leur infirmière une personne importante de leur quotidien qu'ils n'ont pas hésité à rencontrer dans des circonstances autres que celle de la consultation. Par exemple, un groupe de patients a organisé une sortie en invitant naturellement l'infirmière qui les suivait.

« On est parti en Italie tous ensemble. On a invité les conjoints, on était 22 et ça s'est très bien passé. » (P7)

#### b. Un soutien motivationnel

C'est le deuxième aspect que les patients ont mis en exergue. La première raison vient du fait que les résultats étaient présents. Nombre d'entre eux ont pu constater l'amélioration de leur hémoglobine glyquée par exemple, une diminution de leur poids ou encore une amélioration de leur condition physique. Cela leur a donné un sentiment de réussite qui les poussé dans la poursuite de leurs efforts et les a emplis d'un sentiment de satisfaction.

« Il y a eu une amélioration claire, nette et précise au fil... Au fur et à mesure de nos rencontres donc ça, c'est la preuve ! » (P8)

Par ailleurs, les infirmières ont su se rendre disponibles. Elles ont toutes pris l'habitude de revoir régulièrement leurs patients ce qui a donné un sentiment de suivi et une ressource importante en cas de besoin. Comme il a été développé précédemment, les différents rendez-vous permettaient de refaire le point sur les objectifs de chaque patient et donc de redonner de la motivation lorsque celle-ci se faisait moins ressentir.

« Mais en tout cas elle m'a aidé à me remotiver parce que ma motivation, elle était sous le tapis hein » (P6)

Lorsque certains patients manquaient les rendez-vous ou en prenaient moins régulièrement, elles ont unanimement pris le temps de les rappeler pour connaître les causes de ces manquements et prendre des nouvelles. Cela a été ressenti par les patients comme un acte de bienveillance et les ont incités à reprendre leur suivi.

« Elle booste les gens à faire les choses. Elle est toujours là dernière, elle ne se lasse pas. C'est ça ce qui est bien chez elle. Et des fois, on a besoin de ça. On a besoin de quelqu'un qui nous booste. » (P2)

« Je suis content qu'elle soit là parce qu'on en discute et c'est un plaisir de lui dire les efforts que je fournis, que je fais avec ses félicitations, ça aide aussi ça. » (P8)

La réalisation de différentes activités en groupe comme les marches organisées ou les ateliers de cuisine ont permis de renforcer le support motivationnel. En effet, des patients de tout âge pouvaient s'y rencontrer, venir avec leur famille et avoir des discussions sur un grand nombre de sujets. Ainsi se sont créés des liens d'amitié qui les soutenaient dans les moments difficiles. Cela s'est particulièrement ressenti chez les patients des infirmières 1 et 2. Les deux groupes ont entamé des discussions sur des réseaux sociaux, n'attendant parfois même plus le rendez-vous hebdomadaire pour organiser des activités en commun.

« On échange, on parle même des fois, on s'envoie des textos, on s'est échangé nos numéros de téléphone [...] on est un groupe très soudé. » (P2)

Cela vient aussi en aide aux plus âgés qui pouvaient parfois mal vivre le poids de la retraite et les ont aidés à lutter contre l'isolement et la sédentarité.

« Ça nous oblige à sortir de chez nous, à être moins... euh... Moins sédentaire. On était enfermés. Et puis je vous dis comme on a plaisir à se retrouver avec le groupe, maintenant, on fait des sorties même hors balade » (P7)

### c. Un soutien social

Enfin, il a pu être constaté chez certains patients, que les infirmières en s'intéressant aux différentes difficultés rencontrées dans leur vie, pouvaient leur venir en aide sur des problématiques sociales. Ainsi, elles les ont aidés pour plusieurs démarches dont l'obtention d'un logement, la réalisation de leur dossier retraite ou encore la mise en place d'aide pour eux et pour leur famille.

« J'étais embêté parce que la retraite m'a envoyé une lettre comme quoi ils allaient m'enlever la retraite... Et elle m'a fait tous les papiers ! » (P2)

« Même des fois, j'ai des papiers administratifs, elle m'aide de temps en temps en appelant si c'est possible... Par exemple, si j'ai une demande de subvention » (P1)

Pour toutes ces raisons, le travail des infirmières ASALEE a été ressenti comme une vocation pour la majorité des patients.

« C'est un don qu'elle fait. C'est un don ces séances-là que le cabinet offre à ses patients. Euh... Et un don c'est toujours bienveillant et généreux » (P6)

## IV. Discussion

### 1. Résultats principaux

Nous avons pu constater que les patients avaient un vécu globalement positif lors de leur suivi. Ils ont mis en avant le caractère personnalisé de celui-ci. En effet, les infirmières après s'être intéressées de manière globale à leur état de santé personnalisait le déroulement des consultations en fonction de chaque patient. Lors de ces dernières, elles ont dans un premier temps réalisé les examens de dépistages et fourni l'ensemble des informations nécessaires à une meilleure compréhension de la maladie en répondant aux questionnements des patients. En parallèle, elles ont mis l'accent sur l'adaptation des habitudes de vie en donnant des consignes d'hygiène alimentaire et d'activité physique adaptée à chacun. Elles ont employé des moyens ludiques comme la réalisation d'activités de groupes permettant aux patients de mieux vivre ces changements et de poursuivre leurs efforts. L'étroite collaboration qu'elles entretiennent avec les médecins traitants, donne au patient un sentiment de meilleur suivi. Les résultats en majeure partie positifs ont permis à chacun de mieux vivre avec le diabète, permettant d'avoir un sentiment de meilleure santé.

Les participants ont ensuite mis l'accent sur le soutien psychologique que leur fournissaient les infirmières. Pour beaucoup d'entre eux, le rendez-vous avec leur infirmière était un véritable lieu d'échange. Ils pouvaient exprimer librement leurs problématiques du quotidien en lien ou non avec leur maladie. Ils ont apprécié l'absence de jugement des infirmières et leur intérêt pour ces aspects de leur vie. Ils ont appuyé sur le soutien que leur donnaient ces consultations lors de baisse motivationnelle. Cela a été renforcé par la réalisation d'activités de groupe, véritables lieux de sociabilisation et de lutte contre l'isolement qui peuvent grever le vécu de leur maladie. Enfin les patients le plus en difficulté ont apprécié l'aide de leur infirmière à la résolution de problématiques sociale.

Cependant, des freins quant à la poursuite du suivi ont été mis en lumière. Certains patients avaient des problématiques liées à un manque de temps entraînant parfois des espacements importants entre deux rendez-vous. D'autres contraintes liées à un manque d'effectifs et donc



de répartition territoriale des infirmières ont fait craindre une diminution de la disponibilité de ces dernières, ce qui constitue pour beaucoup d'entre un le point de force du dispositif.

## 2. Les forces du dispositif ASALEE

### a. Une oreille disponible

L'ensemble des patients s'est accordé à dire que le suivi par l'infirmière leur permettait d'avoir une écoute plus importante. Ils pouvaient exprimer leurs soucis en lien ou non avec leur maladie. Il en ressort un aspect bienveillant de l'infirmière qui leur donne du temps et de l'attention sans aucun jugement. On peut retrouver cet aspect dans une étude qualitative menée en 2018 concernant le suivi par les infirmières ASALEE dans la région de Clermont-Ferrand. (19)

Cet aspect a souvent été mis en opposition avec le suivi par leur médecin traitant. Ces derniers n'ayant souvent pas « que ça à faire » ne pouvaient leur accorder plus de 15 minutes en moyenne. Lors des entretiens, les patients interrogés évaluaient les consultations avec les infirmières ASALEE autour d'une heure. C'est un chiffre que l'on retrouve dans une étude menée en 2007 qui évaluait la pratique ASALEE. Les enquêteurs décrivaient que le temps de la consultation n'était pas uniquement dédié au caractère technique de l'intervention de l'infirmière mais aussi à un temps d'écoute où le patient pouvait librement s'exprimer et donner son point de vue (20). Enfin les consultations avec l'infirmière sont plus facilement disponibles ce qui donne au patient une sensation de suivi plus rapproché et qui aboutit à une meilleure adhérence aux soins.

C'est ce qui est retrouvé dans l'étude de méta-analyse réalisée en 2017 « What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally ? » Où la prise en charge infirmière semblait avoir de meilleurs résultats sur l'adhésion des patients aux traitements et sur leur satisfaction. (15)

### b. Une approche centrée patient

Par le biais de l'ETP, les infirmières ont permis aux patients de mieux comprendre le diabète, ses complications et l'intérêt des examens qui sont nécessaires. Elles ont adapté leurs discours

et leur nombre de consultations pour répondre aux besoins de chacun. Cela a eu pour impact de rendre les patients acteurs de leur prise en charge en leur donnant les clés nécessaires pour modifier leurs habitudes de vie notamment sur le plan alimentaire et sur l'activité physique.

D'après le livre « comment motiver le patient à changer ? » Il faut créer un « environnement motivationnel ». Pour cela il faut accompagner le patient sur les changements qu'il aura décidé lui-même (21). C'est ce que l'on retrouve dans le suivi par les infirmières ASALEE comme peut en témoigner le huitième entretien que nous avons réalisé. La patiente interrogée insistait sur le type d'approche de son infirmière ASALEE qui en ne la contraignant pas dans les changements, comme avait fait par le passé d'autres intervenants, est parvenue à créer une relation de confiance et de progrès au lieu de la prendre pour une « débile ».

En revenant sur les principes de l'ETP, on peut se rendre compte que les infirmières ASALEE répondent parfaitement aux critères d'éducation pédagogique nécessaires décrits par l'INPES en 2013 (22). Comme dans le référentiel, ces dernières regroupent les compétences de technique d'information et de communication, les compétences relationnelles et pédagogiques et organisationnelles. Ainsi comme nous avons pu le voir elles savent mettre en œuvre des outils pédagogique (groupe de marche, enquête alimentaire...) pour répondre aux besoins des patients.

### c. Un intérêt économique

Deux études se sont intéressées à l'impact médico-économique du dispositif ASALEE dans le suivi des patients diabétiques de types 2 :

L'étude cas-témoin de l'INPES publiée en 2010 avait pour objectif d'évaluer l'efficacité du dispositif ASALEE et son impact sur le coût de suivi des patients diabétiques de type 2 (23). Celle-ci conclue à une diminution significative de l'hémoglobine glyquée chez les patients suivis dans le groupe ASALEE sans différence statistiquement significative sur le coût entre les deux groupes.

En 2010, la CNAM a mené une étude rétrospective sur la consommation de soins des patients suivis par des infirmières ASALEE dans les Deux-Sèvres entre 2007 et 2009 (24). Elle a démontré que par rapport au groupe témoin, les patients inclus dans le dispositif

consommaient 10% de moins de soins par an. Cela se retranscrivait surtout le nombre d'hospitalisation, l'utilisation de transports sanitaires et le recours aux spécialistes.

### 3. Les freins rencontrés lors du suivi

#### a. Les obstacles des patients

Nous avons vu au cours de notre étude que les patients étaient globalement satisfaits du suivi infirmier dans le cadre du protocole. Plusieurs d'entre eux ont tout de même tenu à rappeler que le suivi était un complément au suivi médical : « J'ai l'infirmière L qui me suit par rapport à mon hygiène (...) mais les examens ça, c'est mon docteur qui fait des examens ».

Cela confirme les résultats d'une étude menée en 1988 en Angleterre (25). Celle-ci par un questionnaire a évalué la perception du rôle des infirmières dans le suivi des patients et leur acceptabilité quant aux consultations. Elle a conclu qu'en cas de problème jugé « grave » ou qu'en cas de besoin de prescription, les patients se tournaient uniquement vers leur médecin traitant.

En 2010, une étude qualitative canadienne interrogeait des patients pluri-pathologiques sur la possibilité d'une intervention infirmière dans leur prise en charge. Les personnes intervenues étaient ouvertes à cette participation, mais souhaitaient que les rôles soient parfaitement codifiés. Ils craignaient de ne plus voir leur médecin jugé plus « compétant » et appuyaient sur le fait que ces dernières avaient un rôle de « soutien » (26).

Cependant, comme il a été plusieurs fois décrit dans différentes études, pour les patients, les infirmières apportaient plus d'écoute, de compassion, de réassurance et étaient jugées pleinement capable de gérer des situations « mineures ».

Nous avons aussi pu constater que certains patients ressentaient des inquiétudes quant aux effectifs d'infirmières ASALEE. Pour certains, cela pouvait entraîner une surcharge des plannings dans le futur et sensiblement altérer la disponibilité de leur infirmière qui est perçue unanimement comme une des principales forces du dispositif. Dans notre étude, nous avons aussi pu être confrontés à des carences de suivi du a un manque de répartition territoriale, un participant ne voyant plus son infirmière depuis plusieurs mois car se retrouvant trop loin

depuis son déménagement. Ce sont des problématiques que des patients ont aussi évoqué dans une étude menée en 2017 dans les Midi Pyrénées sur le suivi ASALEE (27). Les auteurs avaient interrogé la direction ASALEE sur cette problématique. Il leur a été répondu que c'était un souhait de l'association car l'expansion se voulait maîtrisable et de proche en proche. C'est aussi ce que nous avons pu ressentir en participant à différentes réunions ASALEE et après discussion avec les infirmières. Néanmoins nous pouvons constater une nette incrémentation des effectifs ASALEE passant de 533 infirmières et 1959 médecins en 2017 à 1300 infirmières et 5500 médecins en 2021.

#### b. Les obstacles des médecins

Des études se sont intéressées aux freins des médecins quant à la collaboration avec des infirmières. L'une d'elle, publiée en 2016 recherchant les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leurs cabinets (28) a mis en avant que seulement un tiers des médecins y seraient favorables. Les critères variaient principalement en fonction de la rémunération des infirmières. Si celles-ci étaient rémunérées par l'assurance maladie le taux de médecins favorables montait à 60%. Si en revanche la rémunération revenait pleinement aux cabinets, le taux chutait à 17%. Il est à noter que les infirmières travaillant dans le cadre du dispositif ASALEE sont rémunérées par l'association et non par les cabinets.

Les médecins semblant plus enclins à collaborer avec les infirmières étaient majoritairement les hommes, jeunes, universitaires, travaillant en cabinet de groupe avec un secrétariat et ayant une patientèle plutôt âgée. L'étude a aussi mis en avant que les médecins étaient plus favorables à déléguer des actes d'éducation thérapeutique que des actes de prescriptions ou réalisation d'actes techniques.

En 2010 une étude publiée en Suède, s'est intéressée au point de vue des médecins sur le rôle des infirmiers en pratique avancée (29). Les médecins y déclaraient qu'ils avaient pleinement confiance dans le rôle que pouvait jouer les infirmières. Cependant ils demandaient une définition claire des rôles, des droits et des responsabilités de chacun.

### c. Les obstacles des infirmières

Une étude menée par l'IRDES a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'intéressait au déploiement et à l'organisation du dispositif ASALEE d'une part et à la pratique et aux interactions entre les professionnels d'autre part (30). Un « profil » de l'infirmière ASALEE a été défini. A leur entrée dans le dispositif, ces dernières, arrivent avec de fortes motivations surtout dans le développement d'un travail relationnel avec les patients. Elles sont à la recherche d'une plus grande autonomie et d'une collaboration avec les médecins. Lors de leur recrutement il est particulièrement porté attention à leur capacité à travailler en autonomie, prendre seules des décisions, se situer dans une approche éducative ouverte et non prescriptive avec les patients, mais aussi négocier leur place auprès des médecins pour faciliter la contribution de ces derniers au dispositif. Ce profil est retrouvé dans une thèse menée en 2010 à l'université de Grenoble sur la pratique des infirmières exerçant en maison de santé (31).

Néanmoins, une fois installées, les infirmières ont partagé différentes problématiques. La première concerne la construction d'une relation de confiance et de collaboration avec les médecins avec qui elles travaillent. Dans l'étude de l'IRDES, elles ont déploré que cela demandait un travail de longue haleine (30). En effet une des infirmières interrogées déclarait que la relation prenait environ un an à se former au prix de rappels fréquents sur leur intérêt dans la prise en charge des patients. Une fois cette étape passée, la délégation de tâche n'était pas naturelle pour autant et demandait des investissements supplémentaires constants. Par la suite, en cas de modification de l'organisation du cabinet (adaptation des temps de travail, inclusion d'un nouveau collaborateur, départ de médecin), les infirmières avaient le ressenti d'être les premières à devoir s'adapter, retrouvant leur temps de travail réduit. Dans les binômes où la collaboration peinait à se mettre en place, il n'était pas rare de voir les infirmières confrontées à des difficultés matérielles comme un accès restreint aux logiciels, une absence de bureau...

Tous ces facteurs exposent à un risque d'épuisement chez les infirmières. Pour répondre à cela, le collectif ASALEE a mis en place des « réunions de secteurs » où les infirmières peuvent échanger sur leurs modes de pratiques et sur les problématiques auxquelles elles sont

confrontées. Cela contribue à leur formation continue et à les aider à sortir de « l'isolement » auquel elles peuvent être confrontées. L'association a aussi créé en 2012, des fonctions rémunérées de référentes qui sont confiées à certaines pour des activités transversales, structurantes pour le dispositif, en termes de fonctionnement quotidien et de réflexion sur son avenir : recrutement, formation, compagnonnage, des nouvelles infirmières et, plus récemment, réflexion sur la recherche et sur les pratiques avancées infirmières.

#### 4. Le rôle des infirmières en soins primaires à l'étranger

L'activité, le rôle et la place des infirmières en soins primaires varient selon les pays. Selon une étude publiée en 2008 (32) s'intéressant à la place des infirmiers en soins primaires à l'étranger, cette différence est due principalement à l'organisation générale du système de soins. Ainsi, nous pouvons y distinguer les pays où, comme en France, les médecins exerçaient principalement en cabinets individuels ou en groupe mono-disciplinaire (Allemagne, Italie, Pays Bas) et les pays où la pratique se faisait principalement en groupe pluriprofessionnels (Finlande, Suède, Royaume Unis)

##### a. Le modèle anglais

C'est au début des années 1990 que les « infirmières praticiennes avancées » ont acquis, au Royaume-Unis, le droit de prescription sous certaines conditions. Grâce à la réforme du National Health Service (NHS) (33) la gestion et la structuration des cabinets de médecins généralistes a connu des évolutions notables. Dans ce nouveau système, les médecins recevaient un supplément de rémunération s'ils parvenaient à atteindre les objectifs de couverture de leur population. Pour répondre à ce besoin, un grand nombre de médecins s'est mis à employer des infirmières dans leurs cabinets et leur ont délégué la responsabilité d'actes suivant des protocoles précis (diagnostics, prescription et traitement des problèmes de santé courants).

En 2000, une étude multicentrique s'était intéressée au Royaume Unis aux différences ressenties par les patients après une consultation infirmière ou médicale. Il en est ressorti, que les patients étaient plus satisfaits lors de la consultation infirmière pour les différentes raisons que nous avons déjà cités dans notre étude (34). Cela a probablement conduit à une

mise à jour du NHS en 2004 avec la création du « New GP contact » où la rémunération des médecins généralistes est devenue dépendante du nombre de patients inscrits et des services qui leur sont fournis et non plus du nombre de médecins exerçant au sein de la structure. Par ce texte, un médecin quittant le partenariat du cabinet peut être remplacé par un confrère ou deux infirmières. Ces nouveaux critères de qualité ont conduit les médecins à un nouveau recrutement massif d'infirmières et à développer leur partenariat.

#### b. Le modèle Nord-Américain

La première formation d'infirmière clinicienne spécialisée a été développée en 1958, aux Etats Unis, par Hildegard Peplau dans le domaine de la psychiatrie. C'est au Colorado, qu'une infirmière, Loretta Ford, et un médecin, Henry Silver, ont créé en 1965 la première formation d'infirmière praticienne (35).

Le programme, axé sur les soins de premiers recours destinés aux enfants, visait à promouvoir la santé, la croissance et le développement des enfants, la prévention des maladies et de la problématique sociale. En 2008, le statut d'infirmière praticienne a été intégré à la législation des 50 Etats.

Le modèle canadien, lui, a longtemps été apparenté au modèle Franco-Allemand que l'on peut retrouver dans différents pays d'Europe. Des évolutions notables ont été réalisées se détachant petit à petit de celui-ci et rejoignant le modèle américain.

Dans les deux pays, on distingue deux types d'infirmières : les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes ou de santé publique.

Les premières exercent principalement à l'hôpital, elles ont un niveau master et assurent un rôle d'encadrement, de conduite de projet, d'analyse de situations complexes et de pilotage de démarche de qualité et de formation.

Les infirmières praticiennes sont formées au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostics et sont les seules à présenter un droit de prescription.

## 5. Forces et faiblesses de l'étude

### a. Étude qualitative

Chaque étape de la méthode qualitative a été suivie rigoureusement (36). Le guide d'entretien a été modifié pour répondre à l'évolution des entretiens.

### b. Recrutement

Il existe un biais de sélection, car les patients ont été recrutés directement par les infirmières ASALEE. Cela a pu induire à la sélection des patients les plus impliqués dans le suivi et donc diminuer le nombre de participants « mécontents » et ainsi surestimer le vécu positif de ces derniers.

### c. Recueil des données

Certains entretiens ont pu être perturbés par l'intervention d'une tierce personne ou par des appels téléphoniques.

Les patients étaient au courant de mon statut d'interne. Certains ont pu donc penser que le but était de juger l'efficacité du protocole pouvant donc constituer un frein au discours.

### d. Méthode d'analyse

Les analyses ont débuté avec des a priori du chercheur lié aux idées personnelles et issues de la littérature. Néanmoins, ces a priori se sont progressivement effacés et l'analyse s'est rapprochée de la parole des participants.

L'analyse des données a pu être orientée par une interprétation subjective. Pour limiter ce biais, les premiers entretiens ont été relus et triangulés avec un autre enquêteur.



## V. Conclusion

Notre étude a permis de démontrer que les patients étaient globalement satisfaits du suivi ASALEE. La personnalisation des consultations tant sur le rythme que sur leur contenu leur ont permis de mieux vivre avec la maladie. Ces dernières leur ont permis d'acquérir des connaissances sur son fonctionnement, son suivi et les mesures hygiéno-diététiques. Cela a abouti pour nombre d'entre eux à un changement de leur mode de vie. Ils ont aussi mis l'accent sur la qualité d'écoute des infirmières leur permettant d'extérioriser leurs problématiques relatives ou non à leur pathologie. Cependant, des inquiétudes ont été mises en évidence particulièrement concernant le manque d'effectif faisant craindre une altération de la qualité du suivi.

La collaboration médecin/infirmière est largement encouragée par les pouvoirs publics. Grâce à leur approche centrée sur l'ETP, les infirmières ASALEE s'inscrivent comme parfait complément à la prise en charge médicale pour un coût de santé inchangé. Néanmoins, la relation peut peiner à se développer entraînant l'épuisement de certaines infirmières.

Le rôle des infirmières ASALEE est inspiré de la fonction de nurse practitioner que l'on peut retrouver notamment aux Royaume Unis, Etats Unis et Canada. Des différences majeures subsistent notamment concernant la réalisation d'actes diagnostics, de droit de prescription et donc de mise en place de traitement. Il existe encore des choses à améliorer pour développer une relation idéale entre médecins et infirmières pour répondre aux défis grandissant de démographie médicale.

## VI. Bibliographie

1. Les chiffres du diabète [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
2. Diabète [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Le diabète dans le monde | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-monde>
4. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
5. Fougere É. Éducation thérapeutique et diabète de type 2. Actual Pharm. 1 juill 2021;60(608):57-8.
6. Éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation [Internet]. Saint-Denis: INPES; 2010 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
7. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 1998 [cité 13 mars 2022]. 56 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>
8. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 1 mai 2007;3(5):229-34.
9. Ferment C. Évaluation des connaissances et de la satisfaction des patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan. :92.
10. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Rev Francaise Aff Soc. 22 oct 2010;(3):11-20.

11. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/JORFARTI000020879543/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000020879543/)
12. K C. Qu'est-ce qu'une infirmière ASALEE Action de Santé Libérale En Equipe ? [Internet]. Charlotte K. 2020 [cité 12 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.charlottek.fr/quest-ce-quune-infirmiere-asalee/>
13. Flyer asalee novembre 2021.pdf.
14. Tardits É. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes. 2016;78.
15. Coster S, Watkins M, Norman IanJ. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. Int J Nurs Stud. 1 févr 2018;78:76-83.
16. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? BMC Fam Pract. déc 2017;18(1):110.
17. Leglise P. Impact des groupes de marche dirigés par les infirmières du réseau ASALEE sur le bilan lipidique et la qualité de vie des patients en Nouvelle-Aquitaine. :48.
18. Une assiette équilibrée [Internet]. Diabète Québec. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/alimentation/trucs-et-conseils/une-assiette-equilibree/>
19. Daussin PD. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALÉE : étude qualitative par entretiens individuels. 31 mai 2018;62.
20. Daniellou, Petit. ASALEE, c'est du travail Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques. 2007.
21. Golay, Lager, Giordan. Comment motiver le patient à changer ? Maloine; 2009.
22. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP. :33.
23. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Health Policy. déc 2010;98(2-3):131-43.

24. De Kervasdoué. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE. CNAM; 2010.
25. Drury M, Greenfield S, Stilwell B, Hull FM. A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *J R Coll Gen Pract.* nov 1988;38(316):503-5.
26. Fortin M, Hudon C, Gallagher F, Ntetu AL, Maltais D, Soubhi H. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC Fam Pract.* 4 nov 2010;11(1):84.
27. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1863/>
28. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Factors determining private general practitioners; opinion on delegating tasks to practice nurses. *Rev Francaise Aff Soc.* 15 juin 2016;(1):375-404.
29. Lindblad E, Hallman E-B, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care—A qualitative study. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(1):69-74.
30. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. :8.
31. Druz J. Identification des obstacles à l'adhésion des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état à un projet de soins lors de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire. 13 mai 2011;101.
32. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Rech Soins Infirm.* 2008;93(2):94-105.
33. National Health Service and Community Care Act 1990, United Kingdom, 1990 | SPLASH DB [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://splash-db.eu/policydocument/national-health-service-and-community-care-act-1990/>
34. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting « same day » consultations in primary care. *BMJ.* 15 avr 2000;320(7241):1043-8.

35. Sébastien C, Mireille F, Marie V. Présentation de la fonction d'infirmier(e) en pratiques avancées. :35.
36. Aubin-Auger, Cadwallader, Gilles De La Londe, Lustman, Mercier, Peltier. Initiation à la recherche qualitative en santé. GROUM.F;

## VII. Annexes :

### Annexe I : Informations et consentement patients

#### **Documents d'information et de consentement**

##### **Intitulé de la structure**

Département universitaire de médecine de la faculté d'Aix-Marseille

##### **Note d'information**

**Coordinateur de la recherche** : Dr Hélène Carrier

**Investigateur** : Mr Matteo Avallone

Madame, Monsieur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département universitaire de médecine de la faculté d'Aix-Marseille. Si vous décidez d'y participer ; vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

##### **1. Procédure de l'étude**

Vous vous entretenez avec Matteo Avallone au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre l'impact du travail des infirmières Asalée sur le suivi du diabète.

##### **2. Risques potentiels de l'étude**

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

##### **3. Bénéfices potentiels de l'étude**

L'objectif est d'encourager le travail en collaboration avec les infirmières Asalée

##### **4. Participation à l'étude**

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire

##### **5. Rémunération et indemnisation**

Aucune rémunération

##### **6. Informations complémentaires**

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de Mr Matteo Avallone, par courriel : [matteo.avallone@hotmail.fr](mailto:matteo.avallone@hotmail.fr) ou par téléphone : 06.64.81.92.23  
A l'issue de l'étude si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

##### **7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles**

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le département universitaire de médecine de la faculté d'Aix-Marseille et l'investigateur Mr Matteo Avallone vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès aux données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement ci-dessous.

## Annexe II : Guide d'entretien version I

Pour commencer, comment décririez-vous votre état de santé actuellement ?

Relances si besoin : Vos principaux problèmes de santé, vos traitements...?

Racontez-moi comment s'est passée la découverte de votre diabète.

Relance possible : Comment ça s'est passé au début pour vous dans votre vie quotidienne?

Vos habitudes, votre façon de manger, les médicaments...

Comment avez-vous connu/été mis en contact avec l'infirmière Asalée, Mme X (donner le nom de l'IDE qui suit la personne interviewée)?

Racontez-moi le déroulement de la première consultation?

Et les suivantes?

Selon vous quel est le but de ce suivi avec l'infirmière? Qu'est-ce que ça vous a apporté?

Relance : et par rapport au suivi de votre diabète avant ?

Comment ça se passe pour vous maintenant le quotidien/votre vie quotidienne avec le diabète ?

Relances possibles : vos activités, vos repas, vos médicaments, votre travail ...

Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment ou en plus de ce suivi avec l'infirmière ?



### Annexe III : Guide d'entretien version II

Pour commencer, comment décririez-vous votre état de santé actuellement ?

Relances si besoin : Vos principaux problèmes de santé, vos traitements...?

Racontez-moi comment s'est passée la découverte de votre diabète.

Relance possible : Comment ça s'est passé au début pour vous dans votre vie quotidienne?

Vos habitudes, votre façon de manger, les médicaments... A quelle date l'avez-vous appris ?

Comment avez-vous connu/été mis en contact avec l'infirmière Asalée, Mme X (donner le nom de l'IDE qui suit la personne interviewée)?

Racontez-moi le déroulement de la première consultation?

Relances : Quand cela a débuté ? Que vous a-t-il été dit ?

Et les suivantes?

Selon vous quel est le but de ce suivi avec l'infirmière? Qu'est-ce que ça vous a apporté?

Relance : et par rapport au suivi de votre diabète avant ?

Décrivez ce que vous savez des relations entre votre médecin traitant et Mme X (nom de l'infirmière)

Comment ça se passe pour vous maintenant le quotidien/votre vie quotidienne avec le diabète ?

Relances possibles : vos activités, vos repas, vos médicaments, votre travail ...

Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment ou en plus de ce suivi avec l'infirmière ?

## Annexe IV : Flyer ASALEE 2021

### ASALÉE : Qu'est-ce que c'est ?

Le protocole Action de Santé Libérale en Equipe – Asalée – existe depuis 2004

#### Où et comment consulter ?

Cette association permet aux patients d'être suivis conjointement au sein du cabinet médical par leur médecin traitant et une infirmière déléguée à la santé publique (IDSP)

#### Qui peut consulter ?

Toute personne suivie par le praticien du cabinet ayant signé une convention avec l'association. Le médecin généraliste propose au patient un rendez-vous avec l'infirmière au vu des facteurs de risques de celui-ci.

*Le patient est libre d'accepter ou de refuser.*

#### Pour quoi ?

Les infirmières rencontrent en consultation les patients atteints de maladies chroniques ou ayant des facteurs de risque :

- le diabète et le pré-diabète
- les risques cardiovasculaires,
- la BPCO.

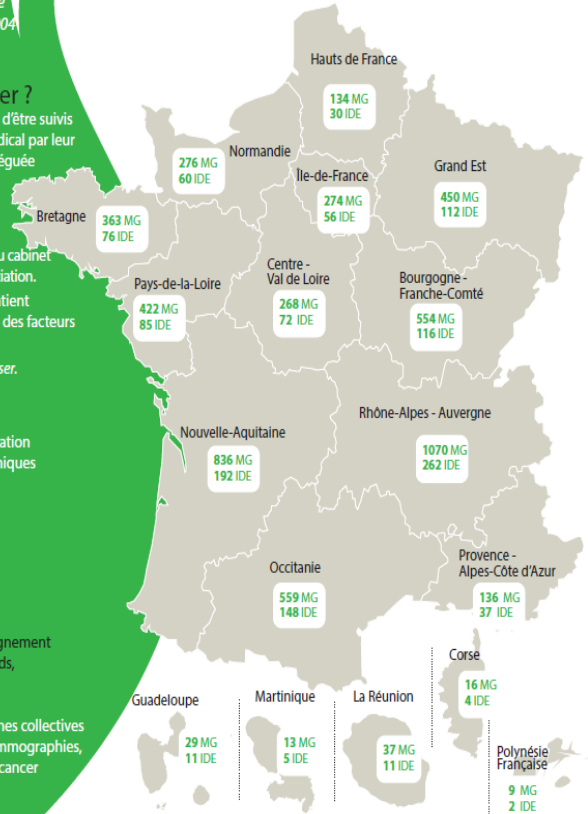
Elles effectuent aussi :

- le repérage des troubles cognitifs,
- le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant et adolescent en surpoids,
- le sevrage tabagique.

De plus, elles participent aux campagnes collectives de dépistage de certains cancers (mammographies, frottis col de l'utérus, et dépistage du cancer colorectal).

### Situation géographique des équipes ASALÉE en France

1300 IDE - 5500 MG (novembre 2021)



- L'accompagnement par l'infirmière ASALEE permet au patient de s'approprier sa pathologie, et de devenir plus autonome et acteur.
- Le dialogue et le suivi régulier, assurés par l'infirmière en coopération avec le médecin lors de temps de concertation, améliorent la prise en charge de ces patients.
- Les IDSP sont formées à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et aux différents volets du protocole.
- Les actes dérogatoires prodigués par l'infirmière ont été validés par la Haute Autorité de Santé. Cela concerne :
  - > la rédaction et la signature des prescriptions d'exams (HbA1C, microalbuminurie, dosage du cholestérol, créatinémie, fond d'oeil),
  - > la prescription, la réalisation et l'interprétation des examens des pieds (test au monofilament),
  - > la prescription et la réalisation de spirométries,
  - > la réalisation de tests de mémoire pour les personnes âgées,
  - > la prescription et la réalisation d'électrocardiogrammes.
- En complément des consultations, l'infirmière participe au recueil des données sous forme informatique, pour enrichir le dossier médical du patient.

## 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.

## **Résumé :**

Introduction : L'éducation thérapeutique est un des piliers de la prise en charge du diabète de type 2. C'est pour répondre à cette demande qu'a été créé en 2004, l'association ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe). De nombreuses études ont mis en avant l'efficacité des interventions et des programmes d'éducation mis en œuvre par les infirmières dans la prise en charge des patients sans pour autant s'intéresser à leur vécu et ressenti.

Objectif : Evaluer le vécu et le ressenti des patients diabétiques de types 2 suivi dans le cadre du protocole ASALEE dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Var et du Vaucluse.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative, de type phénoménologique, par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de patients diabétiques de type 2, suivis dans le cadre du protocole de coopération ASALEE.

Résultats : Les patients avaient un vécu globalement positif lors de leur suivi. Ils ont mis en avant le caractère personnalisé de celui-ci. Les infirmières leur ont fourni l'ensemble des informations nécessaires à une meilleure compréhension de leur maladie ainsi que des consignes d'hygiène alimentaire et d'activité physique leur permettant d'adapter leurs habitudes de vie. Enfin, ils ont aussi mis l'accent sur le soutien psychologique que leur fournissaient les infirmières. Cependant des craintes subsistaient concernant la pérennité du dispositif due à un manque d'effectifs et donc de répartition territoriale des infirmières.

Conclusion : Les infirmières ASALEE, par leur disponibilité et qualité d'écoute, ont une place fondamentale dans la prise en charge des patients qu'elles suivent. Néanmoins, il existe encore des améliorations à apporter, notamment dans le développement de la relation entre médecins et infirmières pour répondre aux défis grandissant de démographie médicale.