



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Vécu des patients suivis par le programme Asalée : accompagnement
et éducation thérapeutique du diabétique de type 2**

Présentée et soutenue publiquement le 01/10/2025 à 16h00
au *Pôle Formation*
par **Clara BULTEL**

JURY

Président :

Madame le Professeur Anne VAMBERGUE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Madame le Docteur Allison DOWSE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alexis CHUDY

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Sigles

BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DT1	Diabète de type 1
DT2	Diabète de type 2
DPO	Délégué à la Protection des données
ETP	Education thérapeutique personnalisée
GLP1	Glucagon-like peptide-1
HAS	Haute autorité de santé
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RHD	Règles hygiéno-diététiques
SGLT2	Sodium glucose co-transporteur 2
SWOT	Strengths, Weakness, Opportunities, Threats

Sommaire

Remerciements	3
Sigles.....	4
Sommaire	5
Introduction.....	8
1 Epidémiologie	8
2 Physiopathologie du diabète	8
2.1 Facteurs de risques	9
2.2 Résistance à l'insuline	9
2.3 Diagnostic du diabète de type 2	10
3 Complications du diabète de type 2.....	10
3.1 Complications microvasculaires	10
3.1.1 La rétinopathie diabétique.....	10
3.1.2 La néphropathie diabétique.....	10
3.1.3 La neuropathie diabétique	11
3.2 Les complications macrovasculaires	11
3.2.1 Maladies coronariennes.....	11
3.2.2 Les accidents vasculaires cérébraux	11
3.2.3 L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).....	11
4 Traitement du diabète du type 2.....	12
4.1 Modification du mode de vie.....	12
4.2 Les médicaments antidiabétiques	12
4.3 Surveillance et éducation thérapeutique.....	12
4.4 Bénéfices prouvés du traitement	13
5 Connaissances et compréhension	13
5.1 L'éducation thérapeutique du patient.....	13
5.2 Le rôle central des infirmières	14
6 L'association Asalée.....	14
6.1 Présentation et missions	14
6.2 Cadre d'intervention et organisation	15
6.3 Engagements et résultats.....	15
6.4 Travaux de recherche associés.....	16
6.5 Question de recherche	16

Matériel et méthodes	17
1 Pré-étude.....	17
2 Type d'étude.....	17
3 Critères d'inclusion et de non-inclusion	17
4 Recrutement.....	18
5 Recueil des données	18
6 Analyse des données	19
Résultats.....	20
1 Absence de retours du focus groupe des médecins généralistes	20
2 Caractéristiques des patients interrogés	20
3 Compréhension de la maladie avant l'intervention de l'infirmière Asalée	20
3.1 Niveau de connaissance fluctuant en fonction des patients	20
3.2 Perception du suivi et du traitement	22
4 Rôle du corps médical dans la prise en charge.....	23
4.1 Rôle du médecin traitant.....	23
4.2 Limites de la prise en charge du médecin	24
5 Prise en charge de l'infirmière Asalée	24
5.1 Une amélioration globale de la prise en charge du diabète pour la plupart des patients	24
5.2 Mais aussi une aide pour les règles hygiéno-diététiques	25
5.2.1 Focus sur l'alimentation	25
5.2.2 Focus sur le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaires ..	27
5.2.3 Focus sur l'accompagnement psychologique	27
5.2.4 Comparaison avec d'autres dispositifs.....	28
5.3 Proposition d'amélioration du dispositif avec des aides plus pratiques	28
6 Modélisation des résultats	30
Discussion	31
1 Principaux résultats	31
2 Discussion des résultats.....	31
3 Discussion de la méthode	32
3.1 Tentative de focus groupe médecin généraliste, et l'absence de réponse ..	32
3.2 Points forts de la méthode.....	33
3.3 Points faibles de la méthode	34
3.3.1 Biais de sélection	34
3.3.2 Problème de représentativité de l'échantillon.....	34

3.3.3	Biais de désirabilité sociale	35
3.3.4	Biais de mémoire	35
3.3.5	Variabilité dans le niveau d'investissement des patients	35
3.3.6	Biais de confirmation.....	36
4	Perspectives / significativité clinique.....	37
	Conclusion.....	38
	Références	39
	Annexe 1	43
	Annexe 2	44
	Annexe 3	45
	Annexe 4	46
	Questionnaire patient :.....	46
1.1	Les caractéristiques :.....	46
1.2	Interrogatoire initial.....	46
1.3	Interrogatoire final.....	47
	Annexe 5	48

Introduction

1 Epidémiologie

Le diabète de type 2 est une maladie chronique qui affecte de nombreuses personnes à travers le monde, et son incidence ne cesse d'augmenter. [1]

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de personnes touchées a presque quadruplé depuis 1980, atteignant 422 millions en 2014. [2]

En France, près de 4 millions de personnes vivent avec ce diabète, ce qui souligne l'importance de mettre en place des mesures de prévention et de soin adaptées. [3]

2 Physiopathologie du diabète

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante, résultant d'un déficit en insuline, d'une résistance à cette hormone ou d'une combinaison des deux.

On distingue principalement deux types de diabète : le diabète de type 1 (DT1) et le diabète de type 2 (DT2).

Le DT1, souvent diagnostiqué dans l'enfance ou chez les jeunes adultes, est une maladie auto-immune où les cellules bêta des îlots de Langerhans sont détruites, entraînant une absence quasi-totale de production d'insuline. [4]

À l'opposé, le DT2, qui représente environ 90 % des cas, est associé à une résistance périphérique à l'insuline.

2.1 Facteurs de risques

Le surpoids, l'obésité, le mode de vie sédentaire, l'alimentation déséquilibrée sont les facteurs de risque modifiable menant au DT2.

Mais il y a des facteurs de risques intrinsèques comme la prédisposition génétique, l'âge, l'ethnicité. [5]

2.2 Résistance à l'insuline

Les tissus périphériques (muscles, foie, tissu adipeux) deviennent moins sensibles à l'insuline. Le glucose n'est plus correctement capté par les cellules, ce qui provoque une hyperglycémie.

Au début, le pancréas compense en sécrétant davantage d'insuline pour surmonter la résistance. Cette phase peut durer plusieurs années et est souvent asymptomatique.

Puis progressivement, les cellules bêta du pancréas s'épuisent à force de produire de grandes quantités d'insuline. Elles finissent par devenir incapables de maintenir une production suffisante. [6]

Dans le syndrome métabolique, l'accumulation de lipides dans les tissus participe à la sécrétion de cytokines pro-inflammatoires et participe à la diminution de la sensibilité à l'insuline, aggravant l'hyperglycémie. [7]

2.3 Diagnostic du diabète de type 2

- Phase pré-diabétique : glycémie anormalement élevée, mais sans atteindre le seuil du diabète. Cette phase est réversible avec des changements de mode de vie.
- Diabète établi : glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/dL sur deux mesures ou supérieure à 2 g/dL sur une unique mesure. [8]

3 Complications du diabète de type 2

L'hyperglycémie chronique et les fluctuations glycémiques entraînent des altérations fonctionnelles et structurelles au niveau cellulaire et tissulaire. [9,10]

On peut distinguer deux grandes catégories de complications : les microvasculaires [11] et les macrovasculaires. [12]

3.1 Complications microvasculaires

3.1.1 La rétinopathie diabétique

C'est la première cause de cécité chez les adultes diabétiques. Elle résulte de la perturbation des capillaires rétiniens, avec épaissement de la membrane basale, affaiblissement de la paroi des vaisseaux, formation de microanévrismes et de néovaisseaux fragiles. [13]

3.1.2 La néphropathie diabétique

Elle est caractérisée par une fibrose glomérulaire, qui induit une baisse progressive du débit de filtration glomérulaire (DFG), notamment par épaissement de la membrane basale glomérulaire.

C'est une cause majeure d'insuffisance rénale terminale dans le monde. [14]

3.1.3 La neuropathie diabétique

La neuropathie affecte les nerfs périphériques et autonomes. [15]

Les manifestations incluent des douleurs, une perte sensorielle et des dysfonctionnements autonomes (hypotension orthostatique, gastroparésie). [16]

3.2 Les complications macrovasculaires

3.2.1 Maladies coronariennes

Le diabète double le risque d'infarctus du myocarde et de maladies coronariennes. [17]

3.2.2 Les accidents vasculaires cérébraux

Le diabète accroît le risque d'AVC ischémique et hémorragique. [18]
L'hyperglycémie aggrave les lésions cérébrales en augmentant le stress oxydatif et l'inflammation post-AVC.

3.2.3 L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

Elle est caractérisée par une sténose des artères des membres inférieurs, entraînant des douleurs et, dans les cas graves, des ulcères ou des amputations. [19]

4 Traitement du diabète du type 2

Le traitement du diabète de type 2 est une combinaison d'approches ayant pour but de contrôler la glycémie, prévenir les complications et améliorer la qualité de vie des patients.

4.1 Modification du mode de vie

Il est nécessaire d'adopter un régime alimentaire équilibré, une activité physique régulière, et viser une perte pondérale pour les patients en surpoids ($IMC \geq 25$ kg/m²).

Ces mesures peuvent réduire la résistance à l'insuline et améliorer la sensibilité des tissus périphériques. [20]

4.2 Les médicaments antidiabétiques

Il existe plusieurs types de traitement dans le diabète de type 2. Tout d'abord, plusieurs molécules efficaces sont disponibles par voie orale comme les biguanides (metformine) ou par injection sous cutanée (les agonistes des GLP-1).

L'insulinothérapie est utilisée dans les formes avancées ou pour les patients avec une glycémie mal contrôlée par les traitements oraux.

4.3 Surveillance et éducation thérapeutique

La surveillance glycémique régulière et l'éducation des patients jouent un rôle clé dans l'autogestion de la maladie.

4.4 Bénéfices prouvés du traitement

Le contrôle de la glycémie diminue tous les risques de complications du diabète.

D'après l'étude UKPDS [21], une baisse de 1% de l'HbA1c réduit de 37% le risque de complications microvasculaires.

Les inhibiteurs des SGLPT2 et les agonistes GLP1 ont montré des bénéfices cardiovasculaires significatifs, notamment une diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque. [22]

La metformine a des effets positifs sur la mortalité cardiovasculaire, particulièrement chez les patients obèses [23] et sur la protection rénale. [24]

5 Connaissances et compréhension

Malgré la gravité de la situation, beaucoup de personnes ne connaissent pas bien les risques et les complications liés à leur maladie.

Une étude de DeFronzo [25] a révélé que de nombreux patients ne sont pas suffisamment informés sur leur condition, ce qui peut les conduire à ne pas suivre correctement leur traitement [26] et à ne pas gérer leur diabète efficacement.

Ce manque de connaissances résulte peut-être d'une éducation inadaptée et d'une communication insuffisante entre les professionnels de santé et les patients.

5.1 L'éducation thérapeutique du patient

Face à ces défis, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) prend tout son sens. [27]

Ce processus éducatif aide les personnes atteintes à mieux comprendre leur maladie et à acquérir les compétences nécessaires pour la gérer au quotidien.

Des approches personnalisées, comme celle du modèle Asalée, ont prouvé leur efficacité pour renforcer les connaissances des patients et leur autonomie. [28]

En effet, plusieurs études montrent que les programmes d'ETP permettent non seulement d'améliorer la compréhension des patients, mais aussi de renforcer leur adhésion aux traitements et d'améliorer leur équilibre glycémique. [29]

5.2 Le rôle central des infirmières

Les infirmières jouent un rôle crucial dans ce processus d'éducation. [30]

Elles sont souvent les premières interlocutrices des patients, créant une relation de confiance qui favorise l'apprentissage et la compréhension.

Grâce à une approche individualisée, ces professionnelles de santé peuvent adapter leurs conseils et interventions aux besoins spécifiques de chaque patient, ce qui peut améliorer considérablement leur qualité de vie et leurs résultats de santé, comme cela a déjà été prouvé pour l'insuffisance rénale chronique. [31]

6 L'association Asalée

6.1 Présentation et missions

L'association Asalée (Action de Santé Libérale en Équipe) est un dispositif créé en 2004 pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques en soins primaires.

Il repose sur la coopération entre médecins généralistes et infirmiers dans un cadre pluriprofessionnel.

Ce modèle innovant permet la délégation de certaines tâches, comme le dépistage et le suivi de pathologies chroniques (exemples : diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive, troubles cognitifs ...).

Les infirmiers d'Asalée interviennent directement dans les cabinets médicaux, favorisant ainsi une meilleure continuité des soins et une éducation thérapeutique personnalisée pour les patients. [32]

6.2 Cadre d'intervention et organisation

Asalée opère principalement dans les cabinets de médecine générale et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Les infirmiers travaillent en étroite collaboration avec les médecins pour effectuer des suivis réguliers et des actes dérogatoires validés par la HAS.

6.3 Engagements et résultats

Asalée valorise une approche centrée sur le patient, avec des actions d'éducation thérapeutique et de prévention.

Elle permet aux médecins de se consacrer davantage à des tâches complexes en leur déléguant des suivis techniques ou administratifs.

Une évaluation socio-économique a montré que ce modèle améliore le confort de travail des professionnels de santé tout en renforçant la qualité des soins pour les patients atteints de maladies chroniques. [33]

6.4 Travaux de recherche associés

Plusieurs thèses et études sociologiques ont été réalisées sur Asalée, notamment via le programme Daphnee [34], qui analyse les impacts du dispositif sur les pratiques médicales et les parcours de soins.

Ces travaux mettent en avant la transformation des relations interprofessionnelles et les effets positifs de l'éducation thérapeutique sur l'autonomie des patients. [35]

6.5 Question de recherche

Dans ce contexte, notre thèse s'intéresse à ce que ressentent les patients diabétiques de type 2 qui bénéficient d'un suivi par une infirmière Asalée.

Nous souhaitons explorer comment ce suivi personnalisé influence leur compréhension de la maladie et leur capacité à gérer leur diabète au quotidien.

À travers une analyse qualitative des expériences vécues par ces patients, nous nous attendons à montrer qu'une approche éducative centrée sur le patient est appropriée.

Matériel et méthodes

1 Pré-étude

Afin de placer la médecine générale au cœur de notre étude, nous avons d'abord voulu faire une première recherche sur la vision des médecins généralistes de l'impact de l'association Asalée sur leurs patients.

Pour ce faire, nous avons décidé de réaliser un focus groupe avec entretien semi-dirigé composé de médecins généralistes sur leur retour d'expérience de la prise en charge des infirmières Asalée, avec analyse qualitative des verbatims via la technique du SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Nous avons convié par mail [Annexe 1] les médecins généralistes concernés via les mails renseignés par l'association Asalée, à un entretien vidéo à distance.

2 Type d'étude

Cette thèse était un travail de recherche qualitative inspiré de la théorisation ancrée.

3 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Cette thèse avait pour but d'interroger des patients ayant un diabète de type 2 et étant suivis par une infirmière Asalée.

Les patients avec un diabète de type 1 n'étaient pas retenus.

Les patients n'ayant pas été vu au moins 2 fois par une infirmière Asalée n'étaient pas retenus.

4 Recrutement

Un mail d'information expliquant l'objectif et le déroulement de la recherche a été envoyé aux infirmières Asalée des Hauts-de-France. [Annexe 2]

Les infirmières en parlaient ensuite durant une consultation aux patients remplissant les critères d'inclusion.

Si ceux-ci étaient d'accord pour l'entretien, l'infirmière Asalée transmettait les coordonnées du patient afin d'établir un lieu et une date d'entretien.

5 Recueil des données

La conformité à la réglementation applicable à la protection des données personnelles a été recherchée. L'accord du DPO a été obtenu, numéro de registre : 2024-149. [Annexe 3]

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-dirigés individuels. Les dix patients interrogés étaient seuls pendant l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone (Howabo 60H). Les enregistrements ont été transférés sur un disque dur chiffré via le logiciel Seald. Ils ont été retranscrits dans leur intégralité à l'aide du logiciel Word[®].

Les verbatims ont été anonymisés. Chaque participant a été associé au chiffre correspondant à son ordre de passage au fil des entretiens, de E1 à E10. Leurs caractéristiques sociales ont été recueillies avant chaque entretien.

6 Analyse des données

Une triangulation par un deuxième chercheur s'est déroulée lors du codage ouvert à la suite de chaque entretien.

Les comptes-rendus de codage ont été rédigés au cours de la recherche sur le sens des propriétés caractérisant des catégories conceptuelles.

Le guide d'entretien a été modifié à la suite des entretiens jusqu'à l'obtention d'une version finale. [Annexe 4]

Résultats

1 Absence de retours du focus groupe des médecins généralistes

À la suite de mon mail [Annexe 1] envoyé à 16 médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais, je n'ai reçu aucune réponse pour participer aux focus groupes.

2 Caractéristiques des patients interrogés

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés d'août 2024 à février 2025.

Les caractéristiques sociales des participants sont en annexe de ce travail de recherche. [Annexe 5]

3 Compréhension de la maladie avant l'intervention de l'infirmière Asalée

3.1 Niveau de connaissance fluctuant en fonction des patients

- Connaissances limitées pour certains

Parmi les patients interrogés, nombreux rapportent un manque voire une absence de connaissance au départ.

« je voyais à peu près quoi, mais je ne savais pas trop ce que ça signifiait » (E4)

C'est en partie expliqué par un manque de questionnement de la part des patients.

Le manque de connaissance concerne la physiopathologie mais aussi son suivi.

« j'ai jamais posé de question sur le diabète » (E5)

« Comme avant l'hémoglobine glyquée je pensais qu'il fallait faire attention que les 3-4 jours avant mais non » (E5)

Cela a donc amené à une mauvaise observance.

« j'ai pas fait très attention au départ, même au niveau des médicaments » (E5)

- Connaissance par le vécu familial

Mais au contraire, certains patients eux s'estimaient être bien renseigné à l'annonce de la maladie *« Ah oui oui, pas de soucis »* (E3), et cela s'expliquait la plupart du temps par une expérience familiale.

« je connaissais parce que [membre de la famille] était diabétique » (E2)

- Connaissance du rôle des glucides

La plupart des patients étaient au clair avec l'importance du sucre dans l'alimentation.

« il fallait pas manger de sucres » (E1)

- Connaissance des complications les plus graves

Ils étaient aussi au courant des complications graves du diabète, notamment :

- Les complications macrovasculaires des membres inférieurs.
- Les complications macrovasculaires cardiaques.
- Les complications microvasculaires rénales.
- Les complications ophtalmiques.

« on lui a coupé un orteil pour commencer, puis ça a été la jambe » (E2)

« [membre de la famille diabétique] a fait son premier infarctus à 42 ans » (E10)

« faire des dialyses » (E3)

« je crois qu'on va perdre les yeux » (E8)

Aussi, ils comprennent l'enjeu de la prise en charge du diabète, ainsi que la létalité potentiel de cette maladie chronique.

Toutes ces complications amènent le patient à avoir des craintes.

« [on risque de] mourir » (E8)

« ça, ça fout la trouille » (E2)

3.2 Perception du suivi et du traitement

Les patients ont exprimé leurs difficultés à se voir malade, cette difficulté résidant dans le fait que le diabète est une maladie silencieuse.

« Encore maintenant j'ai beaucoup de difficultés à me dire que je suis diabétique » (E6)

« j'avais rien avant et j'étais pareil » (E6)

En plus d'une annonce difficile, le régime alimentaire est perçu comme très contraignant.

« ce qui me faisait peur, c'était l'alimentation » (E2)

« c'est vrai que bien manger [...] c'est pas forcément des trucs bons » (E5)

A contrario, le traitement est quant à lui perçu comme léger et facile.

« un cachet de plus, ça ne faisait pas peur » (E2)

« les médicaments ça se passe bien [...] je vis comme si c'était normal en fait » (E5)

4 Rôle du corps médical dans la prise en charge

4.1 Rôle du médecin traitant

Dans le cadre de cette thèse, le rôle du médecin traitant vers l'infirmière Asalée est primordial, la connaissance de l'existence de l'association se fait par son biais.

« c'est mon médecin qui m'en a parlé » (E5)

Le sentiment de prise en charge du diabète est parfois principalement attribué au médecin traitant.

« c'est mon médecin qui me prend en charge » (E1)

« c'est mon médecin traitant qui me suit » (E6)

On note aussi l'évocation régulière de la collaboration avec l'infirmière Asalée selon un rythme bien défini.

« On fait 3 mois avec elle [infirmière Asalée] et après c'est avec le Docteur » (E8)

Le patient évoque parfois spontanément la collaboration avec le spécialiste.

« je vois Docteur [endocrinologue] une fois par an et je vois mon médecin traitant entre deux » (E9)

4.2 Limites de la prise en charge du médecin

Les patients se sont plaints plusieurs fois du manque de temps et de disponibilité de leur médecin traitant.

« Il y a beaucoup de docteurs qui ne sont pas l'écoute et nous envoie promener vite fait au bout d'un quart d'heure » (E3)

On ressent souvent le besoin d'écoute de la part des patients, qui malheureusement ne peut pas être accompli par le médecin généraliste au vu de l'activité actuelle.

5 Prise en charge de l'infirmière Asalée

5.1 Une amélioration globale de la prise en charge du diabète pour la plupart des patients

Il y a une amélioration de la connaissance du diabète par les patients, son lien avec le sucre et l'alimentation, mais aussi sur les complications.

« Elle nous explique vraiment les globules rouges tout ça ... » (E3)

« Elle m'expliquait tout, comment ça fonctionne, pourquoi on a du diabète, pourquoi faut manger telle chose et pas telle chose pour ne pas avoir des taux trop hauts » (E6)

« c'est surtout les conséquences et tout » (E4)

Elle a une participation active à la surveillance des complications, et c'est aussi une aide précieuse pour certains à l'observance thérapeutique.

« Elle me surveille, mes pieds, ma tension, la tension toujours ! » (E8)

« les médicaments, je suis plus strict dessus » (E5)

Il y a une amélioration de l'équilibre du diabète des patients, avec une meilleure hémoglobine glyquée.

« c'est vrai que c'est efficace » (E3)

« j'étais à 7,9 ; j'ai attendu 3 mois de coaching avec [infirmière Asalée] et j'ai tombé à 5,9 » (E5)

L'aide de l'infirmière Asalée est perçue comme meilleure que celle d'autres professionnels de santé.

« une fois, on avait consulté une diabétologue, bon bah elle a écrit sur une feuille ce qu'on pouvait manger ou non, c'était froid, on peut se tirer une balle dans la tête [...] c'est pas possible, on ne peut pas y arriver, c'est trop décourageant » (E2)

Un seul patient, le patient E1, perçoit l'aide de l'association Asalée comme limitée, dû à la complexité de son diabète.

« je sais pas vraiment qu'est-ce qu'elle m'apporte » (E1)

5.2 Mais aussi une aide pour les règles hygiéno-diététiques

5.2.1 Focus sur l'alimentation

L'infirmière Asalée est une grande aide pour la gestion du poids.

« je perds du poids en même temps » (E4)

« j'avais perdu 10 kg [en 6 mois] » (E5)

L'intégralité des patients se font accompagner sur l'alimentation et le mentionne spontanément. On retrouve une volonté de fournir un effort sur les quantités, mais aussi sur la qualité.

« l'alimentation, ça revient toujours à ça » (E2)

« je n'en reprends pas [en parlant de gâteaux] » (E2)

« gérer les fibres, les légumes, la répartition » (E5)

Les infirmières Asalée proposent des instructions claires et organisées, avec des résultats tout aussi bien tenus par les patients.

« elle nous faisait toujours un tableau » (E8)

« moi je fais un tableau avec ce que je mange tout ça, je le ramène, on analyse un petit peu » (E5)

On note régulièrement une indulgence de l'infirmière Asalée sur les règles hygiéno-diététiques mises en place par elle-même.

« elle dit que j'ai bien raison [de me faire plaisir] » (E2)

Malgré tout, parfois le régime est perçu comme trop strict par certains patients.

« mais à un moment donné je dis « mais je mange plus rien alors ! » (E7)

5.2.2 Focus sur le contrôle des autres facteurs de risque

cardiovasculaires

Elle aide avec le sevrage tabagique, elle accompagne dans la mise en place d'une activité physique, avec toujours de nouveaux objectifs pour l'améliorer leur contrôle pondéral.

« ça fait 18 mois que j'ai arrêté [le tabac] » (E7)

« elle m'a fait montrer comment on fait pour marcher » (E4)

« elle m'a dit de m'occuper. Depuis je fais de la piscine, je fais des tas de choses » (E9)

« je vais m'acheter un vélo d'appartement » (E7)

5.2.3 Focus sur l'accompagnement psychologique

8 patients sur 10 évoquent une bonne connaissance mutuelle et tous les patients interrogés ont salué et souligné l'écoute de leur infirmière Asalée.

« là le top, c'est la relation avec mon infirmière, et puis des fois on parle d'autres choses aussi » (E5)

« c'est très important d'écouter même tous nos problèmes à côtés » (E6)

Plus que ça, pour certains patients, l'infirmière Asalée est une assistance psychologique, ainsi ils retrouvent l'aspect holistique d'une prise en charge qui comprend aussi l'attention du soignant en face.

« J'ai pas besoin de voir une psy, elle m'a bien aidée, elle est géniale » (E9)

« quand on va chez quelqu'un on a besoin d'être réconforter, d'être soigné. Et avec Asalée, on l'a » (E3)

Les patients rapportent une sensation de bonne santé mentale grâce à Asalée qui les aide à appréhender au mieux leur maladie. Ils y trouvent un bien être, terme prononcé pendant la moitié des entretiens.

« Même ça soigne la tête, ça soigne tout. Et quand la tête elle va bien, tout le reste il va ! » (E4)

« Ah oui c'est vraiment un bien être » (E4)

« on est mieux dans sa peau » (E5)

5.2.4 Comparaison avec d'autres dispositifs

Certains patients avaient essayé d'autres dispositifs para médicaux destinés à les aider dans la compréhension et la prise en charge de leur diabète, mais souvent ils ont été déçus et ne se sentaient pas épanouis au sein d'un groupe.

« Avant je faisais partie d'une autre association, je sais plus le nom [...] et bah pourtant il y avait des psychologues, des gens, plusieurs corps de métier, bah ça me plaisait pas trop, on était autour d'une table, on se sentait pas à l'aise, alors que là, Asalée, j'ai tout de suite accroché. » (E6)

5.3 Proposition d'amélioration du dispositif avec des aides plus pratiques

Les patients, déjà très satisfaits du dispositif Asalée, ressentent en plus le besoin de faire des choses encore plus concrètes et se demandent si Asalée ne pourrait pas les aider dans cet objectif.

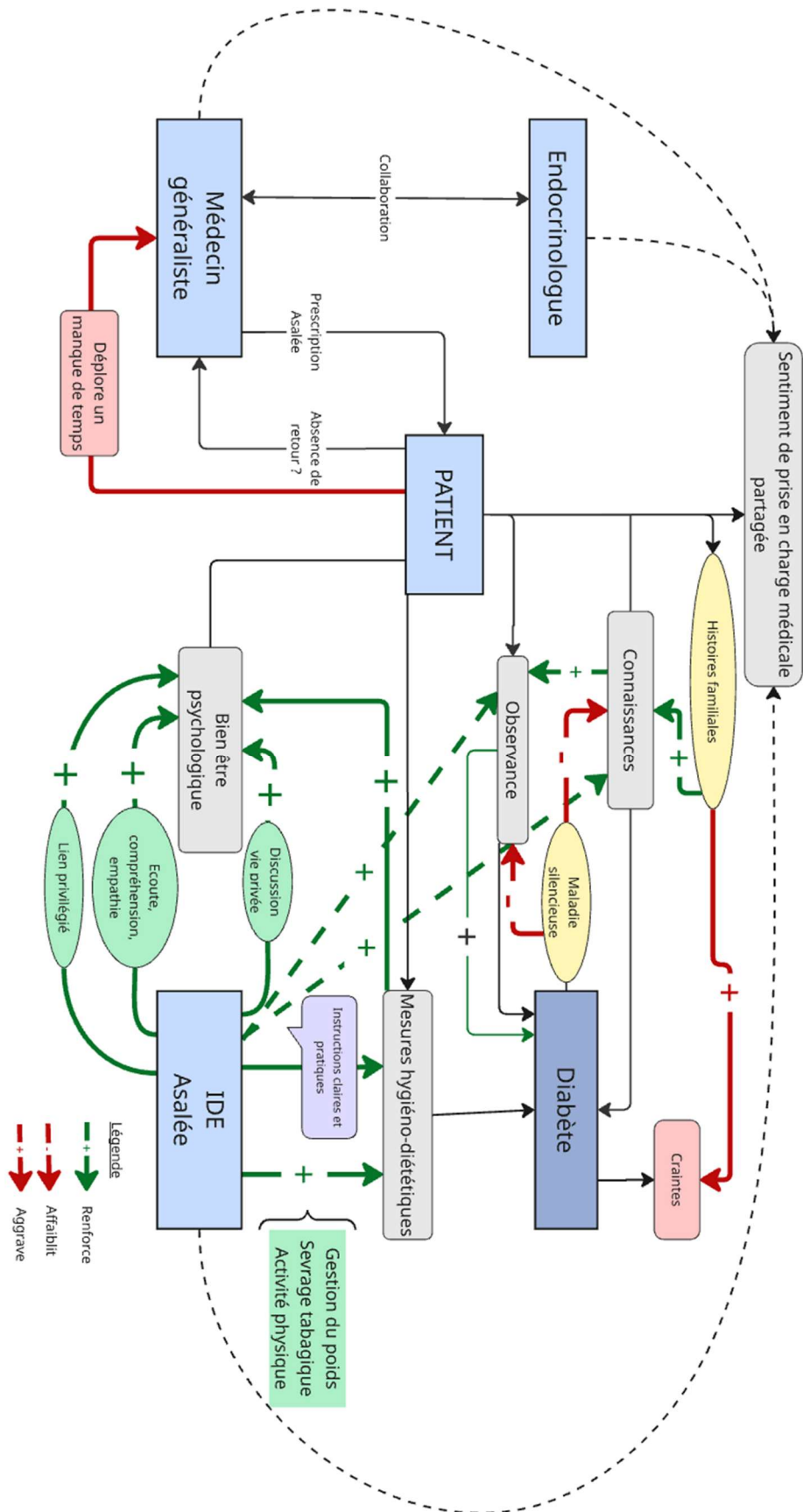
Par exemple, ils proposent la création de groupe de sport adapté à la pathologie.

« un petit club pour faire un peu de sport [...] allégé pour des personnes de notre âge, chacun va pouvoir faire comme il peut » (E4)

Il y a une demande d'aller encore plus loin dans l'accompagnement, que ce soit de l'activité physique, mais aussi sur l'alimentation.

« [partager] des menus diététiques, parce que des fois, on ne sait pas trop quoi faire » (E9)

6 Modélisation des résultats



Discussion

1 Principaux résultats

On voulait faire une étude qualitative montrant l'intérêt d'une prise en charge Asalée chez les patients diabétiques de type 2. Notre hypothèse était que cet accompagnement permettait une meilleure connaissance de la maladie et donc une meilleure prise en charge.

On a effectivement montré que tous les patients interrogés avaient commencé à mettre en place des règles hygiéno-diététiques grâce à Asalée. L'alimentation, l'activité physique et pour certains l'arrêt du tabac sont au cœur des préoccupations lors des entretiens.

L'étude a aussi montré l'importance de l'accompagnement psychologique et du soutien émotionnel permis par le suivi Asalée, pour neuf patients sur dix.

On note également une volonté des patients d'aller plus loin dans leur prise en charge Asalée, pour l'activité physique et l'alimentation. Il existe déjà des professionnels de santé qualifiés dans ces domaines (kinésithérapeutes, enseignants d'activités sportives, nutritionnistes ...) mais il existe une volonté d'avoir un seul interlocuteur pour la prise en charge multiprofessionnelle et un interlocuteur dont les patients se sentent à l'aise.

2 Discussion des résultats

Notre étude confirme le fait que l'éducation chez les diabétiques améliore leur qualité de vie et d'autonomie, comme l'évoque l'étude de McCay. [28]

L'éducation menée par les infirmières Asalée encourage une amélioration du respect des règles hygiéno-diététiques comme suggéré par l'étude de Tamiru. [30]

L'infirmière Asalée et le médecin forment une équipe appréciée pour certains patients, comme l'a déjà suggéré cette étude. [33]

Nous pouvons penser que toutes ces modifications du mode de vie apportées auront une efficacité à long terme sur la qualité de vie des patients. [20]

Le résultat que nous n'attendions pas, c'est l'aspect « bien-être » psychologique qu'apporte les infirmières envers ses patients chroniques. Pourtant, elle a été montrée via une méta analyse réalisée en 2024. [35]

3 Discussion de la méthode

3.1 Tentative de focus groupe médecin généraliste, et l'absence de réponse

Afin de placer la médecine générale au cœur de notre étude, nous avons d'abord voulu faire une première recherche sur la vision des médecins généralistes de l'impact de l'association Asalée sur leur patient.

Nous avons convié par mail seize médecins généralistes concernés via les adresses mails renseignés par l'association Asalée, à un entretien vidéo à distance.

L'entretien serait enregistré par dictaphone et rendu anonyme en étant retranscrit sur Word[®].

Malheureusement, aucune réponse n'a été reçue à la suite de notre mail. Une relance a été réalisée, sans résultat.

Nous pouvons interpréter ce manque de réponse par un défaut de communication entre le patient et le médecin à propos des entretiens Asalée. Les médecins contactés pour le focus groupe n'ont pas répondu à notre invitation peut-être par manque de connaissances ou de temps sur le sujet abordé.

Il faut quand même souligner que les médecins généralistes peuvent avoir un avis et un feed back de leur patient pris en charge par Asalée pour d'autres pathologies, comme pour la BPCO. [36]

3.2 Points forts de la méthode

La collecte des données, l'analyse et la rédaction ont été conduites parallèlement, en s'inspirant de la méthode par théorisation ancrée. La suffisance des données a été atteinte. La triangulation par un double codage des entretiens a renforcé la validité interne.

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés majoritairement au domicile des patients. Les autres entretiens se sont déroulés dans les maisons de santé où se déroule la prise en charge des patients avec leur infirmière Asalée.

Le choix du lieu et de la date de l'entretien ont été choisis selon les préférences des patients.

L'anonymat et la liberté d'expression ont été rappelés au début de chaque entretien.

Il était bien spécifié que rien ne serait rapportés à l'infirmière Asalée en charge du patient.

Nous avons pu discuter avec dix patients suivis par six infirmières Asalée différentes. Cela assure donc une analyse sur des prises en charge diversifiées et nous évite de créer un biais en ayant des résultats infirmière-dépendants.

3.3 Points faibles de la méthode

3.3.1 Biais de sélection

Dans notre étude, le recrutement basé sur le volontariat des participants peut attirer des participants plus engagés ou ayant une perception particulière de leur prise en charge, ce qui peut amener vers un biais de sélection est donc induire un échantillon qui n'est pas représentatif de la population cible, ce qui peut compromettre la validité des conclusions.

Malgré tout, toutes les réponses n'étaient pas totalement positives et certains patients se décrivant comme timides, ont tout de même répondu positivement à la demande d'entretien.

Ainsi, les patients ayant accepté de répondre sont peut-être ceux qui ont une expérience plus positive du suivi, ce biais d'auto-sélection peut influencer les résultats de l'étude.

3.3.2 Problème de représentativité de l'échantillon

Le processus de recrutement des patients induit aussi un échantillon restreint, homogène en termes de caractéristiques socio-démographiques.

En effet, on ne parle ici que de patients acceptant déjà un minimum de suivi de leur diabète par leur médecin traitant, qui a donc pu leur proposer le suivi par Asalée.

De même, on ne parle que des patients continuant à être suivi par l'infirmière Asalée au moment de l'interrogatoire. On peut donc imaginer que ce sont principalement des patients satisfaits de leur prise en charge.

Nous aurions pu essayer de trouver des patients ayant initié une prise en charge Asalée et ceux l'ayant arrêtée pour quelles raisons.

On peut imaginer que ces raisons peuvent être la maîtrise de leur diabète et des facteurs de risque, la sensation de bien-être déjà présente, ou bien au contraire l'inefficacité de la prise en charge Asalée.

3.3.3 Biais de désirabilité sociale

Ce biais se manifeste lorsque les répondants modifient leurs réponses pour se conformer aux normes sociales ou pour être perçus favorablement.

Le fait que les invitations à participer aient été faites par les infirmières Asalée elles-mêmes peut inciter les patients à fournir des réponses plus positives concernant leur suivi, afin de ne pas déplaire ou par respect pour le professionnel de santé.

3.3.4 Biais de mémoire

Les participants peuvent ne pas se souvenir avec précision de leurs expériences passées, ce qui peut affecter la fiabilité des données recueillies.

Dans le contexte de notre étude, les patients pourraient omettre des détails ou altérer inconsciemment (ou volontairement ?) leurs souvenirs concernant leur prise en charge.

Le début de leur prise en charge aurait pu être compliqué, mais ce souvenir a pu être effacé par leur contentement actuel, ou tout simplement ne pas se rappeler de l'évolution de leur état d'esprit vis-à-vis de leur diabète au fur et à mesure de leur prise en charge.

3.3.5 Variabilité dans le niveau d'investissement des patients

Les patients diffèrent dans leur implication vis-à-vis de la gestion de leur maladie.

Ceux qui sont plus engagés pourraient avoir des perceptions et des expériences différentes du suivi infirmier Asalée par rapport à ceux qui sont moins impliqués, ce qui peut introduire une variabilité dans les réponses.

3.3.6 Biais de confirmation

Cette étude étant la première thèse qualitative réalisée, elle a probablement été victime d'un biais de confirmation, biais survenant lorsque le chercheur, consciemment ou non, interprète les données de manière à confirmer ses hypothèses initiales.

Il est essentiel de rester vigilant et d'adopter une approche objective lors de l'analyse des données pour éviter ce piège, mais cela est très difficile à éviter, il faut probablement de l'exercice, un certain entraînement, pour rester neutre dans ses questions et ses reformulations.

Dans cette étude, il y a également probablement eu un biais de l'interviewer, qui se produit lorsque l'attitude, le comportement ou les attentes de l'interviewer influencent les réponses des participants.

Même si les entretiens ont été réalisés en l'absence d'autres professionnels de santé, il est possible que la présence de l'interviewer ait affecté les réponses des patients.

4 Perspectives / significativité clinique

Nous savons maintenant qu'une prise en charge par l'infirmière Asalée permet une meilleure prise en charge du diabète de type 2 ainsi que des règles hygiéno-diététiques, en plus d'un soutien émotionnel.

Maintenant, si nous regardons l'annexe 5, nous pouvons voir que les patients diabétiques interrogés ont été tous diagnostiqués il y a plusieurs années. On est en droit de se demander, l'ancienneté du diabète ne donnerait pas plus de connaissances à ces patients ? Est-ce les patients diabétiques depuis longtemps ont un suivi plus court par Asalée car ils ont suffisamment de connaissances ?

Aussi, au vu de la disparité des connaissances constatées en fonction des patients, on peut se poser la question de la mise en place d'une formation standardisée sur le diabète, par un professionnel de santé, pour les patients. Serait-elle efficace ? Un groupe de parole avec d'autres patients ayant la même pathologie serait-il plus impactant ?

Ces hypothèses pourraient ouvrir la voie à d'autres recherches.

Conclusion

Les patients diabétiques de type 2 suivi par une infirmière Asalée se sentent très bien accompagnés, que ce soit sur le plan médical ou le plan personnel, avec une prise en charge et une approche personnalisée en fonction de leurs besoins.

Références

- [1] Standl E, Khunti K, Hansen TB, Schnell O. The global epidemics of diabetes in the 21st century: Current situation and perspectives. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:7–14. <https://doi.org/10.1177/2047487319881021>.
- [2] Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* 2018;138:271–81. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>.
- [3] Home, Resources, diabetes L with, Acknowledgement, FAQs, Contact, et al. IDF Diabetes Atlas n.d. <https://diabetesatlas.org/> (accessed November 18, 2024).
- [4] Atkinson MA, Eisenbarth GS, Michels AW. Type 1 diabetes. *Lancet Lond Engl* 2014;383:69–82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60591-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60591-7).
- [5] Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001;414:782–7. <https://doi.org/10.1038/414782a>.
- [6] DeFronzo RA. Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. *Med Clin North Am* 2004;88:787–835, ix. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2004.04.013>.
- [7] Saltiel AR, Olefsky JM. Inflammatory mechanisms linking obesity and metabolic disease. *J Clin Invest* 2017;127:1–4. <https://doi.org/10.1172/JCI92035>.
- [8] chevalier.n@chu-nice.fr. Diagnostic d'un diabète sucré. Société Fr Endocrinol 2022. <https://www.sfendocrino.org/diagnostic-dun-diabete-sucre/> (accessed May 8, 2025).
- [9] Brownlee M. The Pathobiology of Diabetic Complications: A Unifying Mechanism. *Diabetes* 2005;54:1615–25. <https://doi.org/10.2337/diabetes.54.6.1615>.
- [10] Forbes JM, Cooper ME. Mechanisms of diabetic complications. *Physiol Rev* 2013;93:137–88. <https://doi.org/10.1152/physrev.00045.2011>.
- [11] Chilelli NC, Burlina S, Lapolla A. AGEs, rather than hyperglycemia, are responsible for microvascular complications in diabetes: a “glycoxidation-centric” point of view. *Nutr Metab Cardiovasc Dis NMCD* 2013;23:913–9. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2013.04.004>.

- [12] Li Y, Liu Y, Liu S, Gao M, Wang W, Chen K, et al. Diabetic vascular diseases: molecular mechanisms and therapeutic strategies. *Signal Transduct Target Ther* 2023;8:1–29. <https://doi.org/10.1038/s41392-023-01400-z>.
- [13] Wong TY, Cheung CMG, Larsen M, Sharma S, Simó R. Diabetic retinopathy. *Nat Rev Dis Primer* 2016;2:16012. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.12>.
- [14] Rossing P. Diabetic nephropathy: worldwide epidemic and effects of current treatment on natural history. *Curr Diab Rep* 2006;6:479–83. <https://doi.org/10.1007/s11892-006-0083-y>.
- [15] Tesfaye S, Boulton AJ, Dyck PJ, Freeman R, Horowitz M, Kempler P, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments. *Diabetes Care* 2010;33:2285–93.
- [16] Duque A, Mediano MFF, Lorenzo AD, Jr LFR. Cardiovascular autonomic neuropathy in diabetes: Pathophysiology, clinical assessment and implications. *World J Diabetes* 2021;12:855. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i6.855>.
- [18] Khoury JC, Kleindorfer D, Alwell K, Moomaw CJ, Woo D, Adeoye O, et al. Diabetes mellitus: A risk factor for ischemic stroke in a large biracial population. *Stroke* 2013;44:1500–4. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.001318>.
- [19] Soyoye DO, Abiodun OO, Ikem RT, Kolawole BA, Akintomide AO. Diabetes and peripheral artery disease: A review. *World J Diabetes* 2021;12:827. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i6.827>.
- [20] Pot GK, Battjes-Fries MC, Patijn ON, Zijl N van der, Pijl H, Voshol P. Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now). *BMJ Nutr Prev Health* 2020. <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000081>.
- [21] Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet Lond Engl* 1998;352:837–53.
- [22] Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015;373:2117–28. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1504720>.

- [23] Bolívar S, Noriega L, Ortega S, Osorio E, Rosales W, Mendoza X, et al. Novel Targets of Metformin in Cardioprotection: Beyond the Effects Mediated by AMPK. *Curr Pharm Des* n.d.;27:80–90. <https://doi.org/10.2174/1381612826666200509232610>.
- [24] Pan Q, Lu X, Zhao C, Liao S, Chen X, Guo F, et al. Metformin: the updated protective property in kidney disease. *Aging* 2020;12:8742–59. <https://doi.org/10.18632/aging.103095>.
- [25] DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, et al. Type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primer* 2015;1:15019. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.19>.
- [26] Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future - PubMed n.d. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24315620/> (accessed October 17, 2024).
- [27] Guldmond N. What is meant by ‘integrated personalized diabetes management’: A view into the future and what success should look like. *Diabetes Obes Metab* 2024;26:14–29. <https://doi.org/10.1111/dom.15476>.
- [28] McCay D, Hill A, Coates V, O’Kane M, McGuigan K. Structured diabetes education outcomes: looking beyond HbA1c. A systematic review. *Pract Diabetes* 2019;36:86–90h. <https://doi.org/10.1002/pdi.2221>.
- [29] Shen Y, Wang F, Zhang X, Zhu X, Sun Q, Fisher E, et al. Effectiveness of Internet-Based Interventions on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res* 2018;20:e172. <https://doi.org/10.2196/jmir.9133>.
- [30] Tamiru S, Dugassa M, Amsalu B, Bidira K, Bacha L, Tsegaye D. Effects of Nurse-Led diabetes Self-Management education on Self-Care knowledge and Self-Care behavior among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending diabetes follow up clinic: A Quasi-Experimental study design. *Int J Afr Nurs Sci* 2023;18:100548. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100548>.
- [31] Chen J, Fowler KJ, Grams ME. Knowledge Is Power: Patient Education as a Tool for Patient Activation. *Am J Kidney Dis* 2020;76:163–5. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.03.012>.
- [32] Asalée n.d. <http://asalee.org/> (accessed September 17, 2023).
- [33] Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires n.d.
- [34] Evaluation Asalée : Daphnee : Protocole d’évaluation n.d.

- [35] Hu H, Kuang L, Dai H, Sheng Y. Effectiveness of Nurse-Led Psychological Interventions on Diabetes Distress, Depression, and Glycemic Control in Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2025;63:11–8.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20241029-01>.
- [36] Dowse A. Vécu des médecins généralistes collaborant avec Asalée : dépister et accompagner les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive. Université de Lille, 2021.

Annexe 1

Mail envoyé aux médecins généralistes :

Bonjour,

Je suis Clara BULTEL, interne de médecine générale en 5e semestre, actuellement en stage de SASPAS à Laventie.

J'effectue ma thèse sur le ressenti des patients vis-à-vis de la prise en charge de leur diabète de type 2 par les infirmières Asalée.

Dans mon protocole de recherche, j'aimerais tout d'abord réaliser un focus groupe avec des médecins collaborant avec une infirmière Asalée. Puis j'interrogerais de manière individuelle un ou deux patients concernés dans la patientèle de chaque médecin.

Je vous sollicite car je souhaiterais que vous participiez à ce focus groupe, qui aurait lieu le samedi 16 décembre après-midi, à 15h par visio-conférence.

Je vous serais très reconnaissante si vous répondiez positivement à ma demande.

Pourriez-vous me communiquer votre retour par mail (c.bultel@hotmail.fr) ou par téléphone (06.02.xx.xx.xx)

Merci d'avoir pris le temps de considérer ma demande.

Clara BULTEL

Annexe 2

Mail envoyé aux infirmières Asalée :

« Bonjour Madame,

Je suis Clara Bultel, je viens de terminer l'internat de Médecine Générale. Je travaille actuellement sur ma thèse, qui concerne votre travail : "Vécu des patients atteints de diabète de type 2 suivis par une infirmière Asalée".

Le but de ma thèse étant de montrer les bénéfices du suivi Asalée, ainsi que l'importance du suivi sur le long terme et de la relation de confiance qui s'installe entre l'infirmière et son patient.

Pour cela, j'ai besoin de vous.

En effet, je suis à la recherche de patients volontaires, suivi par vous et atteints de diabète de type 2, pour des entretiens individuels, de seulement 15 minutes, en tête à tête avec moi, dans le lieu de leur choix (je me déplace dans toute la région).

J'aimerais ainsi, si vous voulez bien m'aider, que vous parliez de mon étude aux patients que vous voyez en consultation et leur demander leur autorisation de me communiquer leurs coordonnées afin que je les contacte pour fixer un RDV.

Vous pouvez rassurer les patients sur la légèreté de l'entretien (thèse d'exercice, non publiée, entretien de 15 min, tout le témoignage est anonyme), de l'aide apportée à une étudiante et du bénéfice qu'en retirerai l'association Asalée qui pourrait citer ma thèse pour montrer leurs bienfaits à travers vos soins.

Je vous remercie de l'attention portée à ma demande, en espérant un retour positif de votre part,

N'hésitez pas à me contacter pour de plus amples informations, par sms si ça vous arrange,

Je vous souhaite une excellente journée,

Clara Bultel »

Annexe 3

Accord DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Ressenti des patients atteints de diabète de type 2 suivis par une infirmière Asalée
Référence Registre DPO : 2024-149
Responsable scientifique : M. Alexis CHUDY Interlocuteur (s) : Mme Clara BULTEL

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 28 août 2024

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4

Questionnaire patient :

Bonjour, je suis Clara BULTEL , étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur le suivi de l'infirmière Asalée relatif au diabète de type 2. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier votre vécu. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez avoir un diabète de type 2 et être suivi par une infirmière Asalée. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2024-149 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous !

1.1 Les caractéristiques :

- a. Sexe
- b. Âge
- c. Département
- d. Depuis combien de temps le diagnostic de diabète a été posé ?
- e. Depuis combien de temps la prise en charge par l'infirmière Asalée a commencé ?
- f. Quand date votre dernier dosage d'hémoglobine glyquée et quel était le résultat ?

1.2 Interrogatoire initial

- a. A l'annonce de votre diabète par le médecin traitant, comment définiriez-vous votre compréhension du diabète de type 2 ?
 - b. Comment estimez-vous votre connaissance de l'époque sur le traitement ?
 - c. Comment avez-vous connu Asalée et quel était votre a priori sur cette association ?
 - d. Comment s'est passé le premier contact avec votre infirmière Asalée ?
 - e. Comment décririez-vous l'évolution de la prise en charge de votre diabète depuis l'intervention de l'association Asalée ? Comment vivez-vous cette évolution ?
 - f. Recommanderiez-vous Asalée à un proche, si oui comment le feriez-vous ?
- Quels conseils donneriez-vous à l'association pour s'améliorer ?

1.3 Interrogatoire final

- a. A l'annonce de votre diabète par le médecin traitant, comment définiriez-vous votre compréhension du diabète de type 2 ?
- b. Comment estimiez-vous votre connaissance de l'époque sur le traitement ? Le suivi ? Les potentielles complications ? Aviez-vous des craintes ?
- c. Comment avez-vous connu Asalée et quel était votre a priori sur cette association ?
- d. Comment s'est passé le premier contact avec votre infirmière Asalée ?
A combien (environ) de consultations Asalée avez-vous assisté ?
- e. Comment décririez-vous l'évolution de la prise en charge de votre diabète depuis l'intervention de l'association Asalée ? Comment vivez-vous cette évolution ?
- f. L'infirmière Asalée vous aide-t-elle dans l'amélioration de votre activité physique, l'arrêt du tabac, l'hygiène de vie en générale ?
- g. Recommanderiez-vous Asalée à un proche, si oui comment le feriez-vous ?
- h. Quels conseils donneriez-vous à l'association pour s'améliorer ?

Annexe 5

	Sexe	Âge	Département	Année de découverte du diabète	Durée de prise en charge Asalée
E1	M	43 ans	62	2002	4 mois
E2	M	76 ans	62	2016	2 ans
E3	F	75 ans	62	2009	2 ans
E4	F	68 ans	59	2020	6 mois
E5	M	62 ans	59	2014	1 an
E6	F	67 ans	59	2018	8 mois
E7	F	60 ans	59	2015	2 ans
E8	H	75 ans	62	2013	3 ans
E9	F	73 ans	62	2003	3 ans
E10	F	65 ans	62	2012	2 ans

AUTEURE : Nom : BULTEL

Prénom : Clara

Date de soutenance : Mercredi 01^{er} octobre 2025

Titre de la thèse : Vécu des patients suivis par le programme Asalée : accompagnement et éducation thérapeutique du diabétique de type 2

Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : diabetes, patient education, personalized diabetes management, nurse-led care

Résumé :

Contexte : Le diabète de type 2 est une maladie chronique en forte progression, touchant près de 4 millions de personnes en France. Il est favorisé par des facteurs de risque comme le surpoids, la sédentarité ou encore l'âge. Ses complications sont nombreuses et peuvent être graves. Le traitement repose parfois sur des médicaments mais surtout une hygiène de vie adaptée. Une surveillance régulière et une éducation thérapeutique sont nécessaires. L'association Asalée, fondée sur la collaboration entre médecins et infirmiers, permet un meilleur accompagnement des patients.

Méthode : L'objectif principal de cette étude qualitative était de recueillir le ressenti des patients diabétiques de type 2 étant suivis par une infirmière Asalée grâce à la réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels. Dix entretiens ont été réalisés. Après retranscription intégrale de l'ensemble de ces entretiens et anonymisation, un codage ouvert a permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle explicatif.

Résultats : Face à une maladie inflammatoire chronique silencieuse, le patient diabétique peut parfois se sentir perdu avec une prise en charge pluridisciplinaire et parfois complexe. Il peut ne pas être suffisamment observant sur son traitement ainsi que sur les règles hygiéno-diététiques. Notre étude montre que l'intervention d'Asalée est intéressante dans l'accompagnement des patients sur leur alimentation, la gestion de leur traitement, leur activité physique et l'arrêt du tabac. Nous avons aussi montré l'importance de la prise en charge Asalée en termes d'accompagnement psychologique, améliorant le bien-être du patient.

Conclusion : L'éducation thérapeutique personnalisée des patients par les infirmières Asalée est utile pour l'amélioration de l'équilibre de la maladie, mais participe aussi au bien-être du patient.

Composition du Jury :

Président : Pr. Anne VAMBERGUE

Assesseurs :

Dr. Marc BAYEN

Dr. Allison DOWSE

Directeur de thèse : Dr. Alexis CHUDY