

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Impact des programmes d'éducation
thérapeutique, réalisés en ambulatoire,
sur la qualité de vie des patients diabétiques
de type 2,
à travers le regard de leur médecin
généraliste.**

GHALI Maria

Née le 21 septembre 1989 à Le Caire (Égypte)

Sous la direction de M. CAILLIEZ Éric

Membres du jury

Monsieur le Professeur RODIEN Patrice		Président
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric		Directeur
Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine		Membre
Madame le Docteur RENIER Christine		Membre
Madame CHARRIER Sophie		Membre invité

Soutenue publiquement le :
23 octobre 2018



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Maria GHALI, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **29 août 2018**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine

KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Géraud	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie
ATER		
FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine
AHU		
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
CONTRACTUEL		
VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du Jury :

A Monsieur le Professeur Patrice RODIEN, de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette soutenance. Recevez toute ma considération.

A Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci de votre accompagnement et de votre soutien. Votre aide fut précieuse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Catherine DE CASABIANCA, d'avoir accepté de faire partie du jury pour juger ce travail.

A Madame le Docteur Christine RENIER, pour les échanges intéressants concernant l'éducation thérapeutique du patient et ton engagement au sein de l'association REMMEDIA 49. Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Madame Sophie CHARRIER, de m'avoir parlé pour la première fois de l'éducation thérapeutique. Merci pour le travail que tu effectues pour ces ateliers au sein de la Maison de Santé Jean Bernard Sud. Au plaisir de pouvoir poursuivre le travail avec toi par la suite.

Remerciements aux participants :

A tous les médecins généralistes, d'avoir contribué à l'élaboration de ce travail, en acceptant de me recevoir pour les entretiens. Je remercie chacun de vous d'avoir pu échanger autour de l'ETP et refléter ainsi votre point de vue, et celui de vos patients.

A l'équipe de REMMEDIA 49 et de la MSP Jean Bernard Sud, pour toute votre contribution et aide à la réalisation de ce travail.

Remerciements professionnels :

A toute l'équipe du A3 (Pauline, Steph, Fafa, Lucie, Magali, Marion, Marine, Margaux, Émilie, Stéphanie, Lucie bis), pour ces 6 mois de stage inoubliables, ces rencontres précieuses et ces temps d'échange riches.

A toi Clarisse, mon binôme, pour tous les moments d'échanges, de rires, et de travail, passés ensemble. Je n'oublie pas la citation et/ou la blague figurant en haut des feuilles de transmission tous les matins.

A toi Anne, de m'avoir donné envie de m'orienter vers la Médecine Générale dès mon externat.

A vous Brice, Claude et Françoise, pour ce premier stage effectué avec vous, et qui a confirmé ma volonté d'exercer cette superbe profession qu'est la Médecine Générale.

A toute l'équipe de Cholet, avec qui j'entamerai la première partie d'une nouvelle aventure qui m'attend à partir du mois de novembre.

Aux membres du Département de Médecine Générale de la faculté d'Angers, de me permettre d'entreprendre la seconde partie de cette nouvelle aventure qu'est le clinicat de Médecine Générale.

Remerciements personnels :

A toi maman, pour tout ce que tu as fait pour moi, et pour ton soutien sans faille durant toutes ces (longues) années d'étude, du stress de la première année de fac et son concours, au stress de la dernière année avec aussi son concours. Merci pour tout ton soutien, ton amour et accompagnement.

A toi papa, pour ton aide à la réalisation de cette thèse, et ta présence durant tout ce parcours depuis des années.

A toi Marc, frerot, pour ta présence, ton aide, ton écoute et ton soutien inflexibles depuis toujours.

A toi Pauline, ma belle-sœur, pour tous les moments passés ensemble en famille.

REMERCIEMENTS

A toi Julia, ma nièce adorée pour la joie que ton arrivée a apporté à notre famille. Tata t'aime fort.

A vous Marie-Thérèse et Paul, Estelle et Paul, Sandrine et Laurent, la famille de cœur, pour tous les moments d'échanges, de rires, de jeux, de promenades, d'ouverture de cadeaux sous le sapin, de déjeuners autour de la table qui devient de plus en plus petite. Merci à chacun de vous de votre soutien depuis de longues années maintenant. C'est plus qu'un plaisir de partager ce moment avec vous.

A toi Théa, ma filleule chérie pour ouistiti, le restaurant de patate et tous les moments partagés avec toi. Marraine sera toujours là pour toi. Et à vous les loulous (Aydan, Savannah, Adalyn et Timothée), pour l'animation des retrouvailles en famille.

A toi Flo, l'Amie de toujours, pour ta présence, ton soutien, ton écoute, tes conseils et ton aide indéfectibles depuis ... plus de 10 ans ! Ton amitié est unique, indéfinissable et inestimable. Tu as été présente dès le départ, dans les bons comme les moins bons moments, et tu as toujours trouvé les mots justes pour me rattraper. Je ne t'en remercierai jamais assez. Continue à te réjouir que je vieillisse avant toi, certaines choses ne changent pas !! Énorme merci pour la relecture de cette thèse.

A toi Vince, pour l'Angleterre et les échanges qu'on a depuis toutes ces années, y compris le débat pour l'âge en cours !

A vous les filles, Manue et Oriane, pour nos longues et précieuses discussions qui ont aidé « la petite souris ».

A toi Elo, pour ta présence, tes petits messages et tes attentions, notamment au cours de ces études. On a passé des vacances inoubliables, vivement la prochaine destination !

A toi Fanny, pour ton accompagnement durant ces années. Je suis fière d'avoir été témoin de ton engagement avec PE. Belle arrivée au petit loulou qui est en cours.

A vous Léo et Jean-Charles, pour les soirées-débats, le projet du café, le blog du journaliste en herbe et tous les moments partagés avec vous.

A toi Marion, pour toute ce que tu as pu faire lors de cette belle aventure à l'ISNAR-IMG. Cet engagement n'aurait pas été le même sans toi. Je n'oublierai pas tous les projets menés ensemble, les réunions, les Congrès. Merci d'avoir été là, merci pour la pertinence de tes mots. Merci de ta relecture plus qu'attentive de la thèse. Merci pour ta belle amitié.

A toute l'équipe isnarienne, pour ce formidable mandant. Celles qui m'ont incité à y aller (Alice, Agnès). Ceux qui m'ont donné envie d'y rester (Camille, Stéph, Alex, Guillaume, Isa) et enfin, ceux avec qui j'ai travaillé, discuté, ri, affronté toutes ces dettes de sommeil, nos petits et grands combats (Maxence, Morgane, Nolwenn, Antoine, Chris, Charlotte, Pierre, Lucie, Karim, Daria, Virgile, Léo, Camo, Gabriel, Manon, Isaline, Elsa, Justine, Cécile, Bab).

A vous la Team Racoon (Adé, Aude, Charlène, Jeanne, Marie), pour tous les moments de partage et de travail à l'IMGA, pour tous les instants de rigolades et de détente, pour nos conversations messenger ! Je suis heureuse d'avoir fait votre connaissance les filles ... To be continued !

A toi « Grand Maître », pour cette belle rencontre inattendue, inespérée, parfaite et pleine de promesses. « Avant toi ... ».

A vous tous, qui avaient croisé ma route et qui m'ont accompagnée durant ces nombreuses années, Quentin, Nanou, Thomas, Laura, Jib, les anciens de Jeanne d'Arc, Valentin, Adeline, Leslie et tous ceux que je n'ai pas cités.

*« La fin d'une chose marque le commencement d'une nouvelle »
Antoine de Saint Exupéry, le Petit Prince*

Liste des abréviations

ADO	Antidiabétique oral
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research
DAWN	Diabetes Attitudes, Wishes and Needs
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DT2	Diabète de type 2
DQOL	Diabetes Quality Of Life measure
ENTRED	Échantillon National Témoin REprésentatif Des personnes
ETP	Éducation thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine glycosylée/glyquée
HTA	Hypertension Artérielle
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
InVS	Institut de Veille Sanitaire
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
JBS	Jean Bernard Sud
MHD	Mesures Hygiéno-Diététiques
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QUODIEM	QUalité de vie et Observance des patients DIabétiques de type 2 En Médecine générale
SAS	Syndrome d'Apnée du Sommeil

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Caractéristiques des entretiens

Résultats des entretiens

1. Point de vue des médecins concernant les programmes d'ETP

1.1. Attentes des médecins vis-à-vis de l'ETP

Aide à la consultation pour le suivi chronique

Acceptation de la maladie chronique

Passage à l'action (ou à l'inaction)

1.2. Impact de l'ETP sur les patients

Gestion de la maladie

Relation médecin-malade

Qualité de vie

1.3. Propositions concernant le déroulement de l'ETP

2. Point de vue des patients ayant participé à un programme d'ETP en ambulatoire

2.1. Qu'est-ce qui peut empêcher les patients de participer ?

La peur

Le déni

La lassitude

La méconnaissance du résultat éventuel

La contrainte du temps

2.2. Qu'est-ce qui peut leur donner envie de participer ?

La prise en charge financière

Le désir de devenir acteur de la prise en charge de sa maladie

La rencontre avec les autres patients

Un motif inattendu

2.3. Relation avec la maladie diabétique

Représentations sur la maladie

Gestion de la maladie

2.4. Impact en terme de qualité de vie

Se sentir plus serein

Autonomisation

Prise de conscience et habitudes de vie

Simplification et adaptabilité

Insertion familiale et socio-professionnelle

3. Différences de perception

DISCUSSION

Principaux résultats de l'étude

Forces et limites de l'étude

1. Forces

2. Limites

Comparaison avec les données de la littérature

1. Amélioration de la qualité de vie

- 2. Gestion de la maladie**
- 3. Représentations et diabète de type 2**
- 4. Freins à la participation au programme d'ETP**

Perspectives et propositions

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE 1 : CARTE DU DEPARTEMENT DU MAINE-ET-LOIRE

ANNEXE 2 : PROGRAMME DES ACTIVITES DE L'ASSOCIATION REMMEDIA 49 D'AVRIL A JUILLET 2018

ANNEXE 3 : PROGRAMME « MIEUX VIVRE AVEC SON DIABETE » DE LA MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE JEAN BERNARD SUD A CHOLET

ANNEXE 4 : ÉVALUATION DES COMPETENCES CONCERNANT LE DIABETE AVANT ET APRES LA PARTICIPATION AU PROGRAMME « MIEUX VIVRE AVEC SON DIABETE »

ANNEXE 5 : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE DU CHU D'ANGERS DANS SA SEANCE DU 31 JANVIER 2018

ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 7 : CRITÈRES COREQ (CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH)

ANNEXE 8 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A DESTINATION DES MEDECINS INTERVIEWES

ANNEXE 9 : CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS SELECTIONNES AYANT PARTICIPE A L'ETP

ANNEXE 10 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN

RESUME

Impact des programmes d'éducation thérapeutique, réalisés en ambulatoire, sur la qualité de vie des patients ayant un diabète de type 2, à travers le regard de leur médecin généraliste

Introduction : Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie chronique dont la prévalence ne cesse d'augmenter nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans son parcours de soins et doit permettre l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'ETP sur la qualité de vie des patients et la gestion de la maladie, à travers le regard de leur médecin traitant.

Matériel et méthode : Étude qualitative par analyse thématique, au moyen d'entretiens semi dirigés auprès des médecins traitants de patients atteints d'un DT2, ayant participé à un programme d'ETP entre juin 2016 et juin 2017, au sein des deux réseaux validés par l'Agence Régionale de Santé dans le département du Maine-et-Loire : le réseau départemental REMMEDIA 49 et la Maison de Santé Pluridisciplinaire Jean Bernard Sud à Cholet.

Résultats : Seize entretiens ont été réalisés entre mars et juillet 2018. L'analyse a montré que l'ETP permet d'apporter une réponse aux représentations des patients sur le DT2. En considérant les aspects psychosociaux, l'ETP a eu un impact positif en termes de gestion de la maladie et de qualité de vie des patients, permettant ainsi l'acceptation de la maladie et l'amélioration de son vécu. L'ETP a été à l'origine d'un changement de posture dans la relation entre le médecin et le malade, avec une approche davantage centrée sur le patient.

Conclusion : L'ETP semble avoir un impact positif sur les patients présentant un DT2, en agissant sur leurs comportements, leur permettant de mieux vivre avec la maladie. De même, elle permet une amélioration de leur qualité de vie et l'acquisition de connaissances et compétences, devenant ainsi des acteurs actifs dans leur prise en charge. Enfin, elle favorise une relation plus centrée sur le patient et constitue un élément essentiel pour le suivi de cette maladie chronique.

Mots-clés : diabète type 2, éducation thérapeutique du patient, qualité de vie, recherche qualitative.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le diabète comme « *une maladie chronique due à un arrêt de la production de l'insuline par le pancréas, ou à un défaut de l'utilisation efficace de cette dernière, aboutissant ainsi à une augmentation de la glycémie* » (1).

La prévalence du diabète traité en France n'a cessé d'augmenter depuis les années 2000, avec toutefois un ralentissement de cet accroissement depuis 2009. En effet, le taux de croissance annuel moyen était de 5,4 % en 2006-2009 et de 2,8 % en 2014-2015. En 2015, sa prévalence sur le plan national s'élevait à 5%, soit 3,3 millions de personnes touchées, avec le constat de l'existence de fortes disparités selon le niveau socio-économique et les territoires (2). Elle atteignait 4,08% dans le département du Maine-et-Loire.

Plus de 90% de l'ensemble des patients diabétiques ont un diabète de type 2 (DT2), favorisé entre autres par un excès de poids et l'inactivité physique. Il s'agit d'une maladie silencieuse, qui se développe durant de nombreuses années. Son traitement initial comprend tout d'abord la mise en place de mesures hygiéno-diététiques (MHD) comme l'arrêt du tabac, la mise en place d'une activité physique régulière et l'amélioration de l'équilibre nutritionnel. Elles devront se poursuivre au long cours même en cas d'instauration d'un traitement médicamenteux. La surveillance du contrôle de la maladie se fait notamment grâce au dosage de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c), qui reflète l'équilibre du diabète sur les deux-trois mois précédents le dosage. Les objectifs cibles de l'HbA1c sont définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) selon le type de diabète et le profil du patient (3).

En 2007, la HAS a émis des recommandations concernant le rôle de l'éducation thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge des maladies chroniques, l'inscrivant dans son parcours de soins (4). L'ETP vise ainsi « *à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences lui permettant de gérer sa maladie, de réaliser lui-même les gestes liés aux soins, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à sa situation* ». Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie, en fonction des besoins éducatifs du patient, afin de lui permettre d'être acteur de sa maladie, d'accepter de vivre avec cette pathologie chronique, et de s'approprier sa propre santé dans toutes ses composantes, dont sa qualité de vie et celle de son entourage.

Les programmes d'ETP ont surtout été évalués sur le plan économique et biomédical. En effet, peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de la qualité de vie des patients participant à ces programmes, et notamment en ambulatoire.

Le concept de qualité de vie a été défini par l'OMS en 1993 comme étant « *la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ». L'ETP doit ou devrait ainsi contribuer non seulement à l'amélioration de la santé physique (biologique, clinique) du patient, mais également à sa qualité de vie et à son état psychologique, en lui permettant une meilleure compréhension de la maladie, un apprentissage des gestes liés aux soins et l'acquisition d'une autonomie vis-à-vis de sa maladie.

Concept de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP a été définie en 1996 par l'OMS comme des « *activités éducatives essentielles à la gestion des pathologies, gérées par des soignants formés (...), conçues pour aider un patient (ou un groupe de patients et leurs familles) à gérer leur traitement et prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie* ». Elle permet ainsi la production d'un effet thérapeutique complémentaire et potentialise les autres interventions, ce qui est indispensable à l'adhésion du patient à sa prise en charge. (5)

Ce concept a été introduit dans le droit sanitaire français par la loi dite HPST (Hôpital Patients Santé et Territoire) de juillet 2009. Il lui reconnaît ainsi la nécessité de cette pratique en l'inscrivant dans le parcours de soins des maladies chroniques, notamment le diabète (6). Ce cadre juridique permet ainsi le développement de programmes d'ETP spécifiques, évalués et financés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Les programmes d'ETP obéissent à un cahier des charges, défini sur le plan national. Localement, ils sont autorisés par le Directeur Général de l'ARS pour une durée de quatre ans, et peut être renouvelée pour la même durée. Ainsi, le décret du 2 août 2010 relatif aux

conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (7) dispose que le programme d'ETP doit préciser les éléments suivants : « *les objectifs et ses modalités d'organisation, les effectifs et la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant et la population concernée. Les éléments de l'évaluation du programme ainsi que son financement doivent également être mentionnés* ».

En 2012, près de 2700 programmes d'ETP étaient autorisés par les ARS (8). En revanche, un rapport de la HAS déplore « *qu'une faible proportion de patients atteints d'une maladie chronique a effectivement accès à une ETP* », avec une hétérogénéité importante, notamment en termes d'organisation et de déroulement (9).

Déroulement de l'ETP

Un diagnostic éducatif est d'abord réalisé afin d'évaluer les connaissances du patient, lors d'un premier entretien. Le diagnostic éducatif aussi appelé anamnèse éducative est défini par l'OMS comme la « *première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique **personnalisé*** » (5). Ainsi, ce recueil a pour but d'apprendre à connaître le patient et ses attentes, d'identifier les compétences qu'il sera amené à acquérir durant le programme, et de permettre le repérage des facteurs favorisant l'apprentissage et ceux au contraire qui pourraient le limiter.

En 1995, les médecins D'Ivernois et Gagnayre ont proposé de fonder ce diagnostic sur cinq dimensions (10):

- **La dimension biomédicale** : Qu'est-ce qu'il a ? *Ancienneté de la maladie, son évolution, sa sévérité.*
- **La dimension socio-professionnelle** : Qu'est-ce qu'il fait ? *Situation familiale, lieu de vie, profession, loisirs et activité physique, addictions éventuelles.*
- **La dimension cognitive** : Qu'est-ce qu'il sait ? *Sur sa maladie et ses complications, la surveillance et le traitement du diabète ? Quelle(s) conséquence(s) sa maladie a sur lui et ses proches ?*

- **La dimension psycho-affective** : Qui est-il ? Que ressent-il ? *Comment se représente-t-il la maladie, le traitement ? Quelles sont ses inquiétudes ? Stade de processus d'acceptation de la maladie (choc initial, déni, révolte, marchandage, dépression et enfin acceptation).*
- **Les projets du patient** : Quels projets ? *Familial, professionnel, loisirs.*

Un programme d'ETP personnalisé est ensuite établi à partir de ces éléments, pour chaque patient, afin de répondre au mieux aux besoins identifiés. Il est communiqué aux professionnels de santé qui participeront à sa prise en charge. Les séances éducatives peuvent être individuelles et/ou collectives. Elles doivent tenir compte du milieu culturel, de l'origine, d'un éventuel handicap, de l'éloignement géographique et de l'évolution de la maladie (4). Elles sont réalisées par une équipe pluri professionnelle ayant reçu une formation agréée au préalable, et durent environ 45 minutes. Les séances de groupe incluent dix patients au maximum, ayant dans la mesure du possible des objectifs similaires, partageant ainsi leurs expériences et celles de leurs proches (11).

L'évaluation de l'ETP est réalisée par le professionnel de santé à l'issue du programme, de façon individuelle, afin d'évaluer ce que le programme a apporté au patient, et de proposer le cas échéant, un nouveau diagnostic éducatif.

L'ETP en ambulatoire

D'après les données de l'étude ENTRED 2007 (12) confirmées par la HAS en 2013, le médecin traitant occupe une place prépondérante dans la prise en charge du DT2, notamment en ce qui concerne son dépistage. Par ailleurs, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'Avril 2012 recommande de « *recentrer les programmes d'ETP, notamment ceux des réseaux, vers des populations ciblées [...], mieux articuler les programmes des réseaux avec les cabinets des médecins traitants* » (13).

Or, deux tiers des programmes d'ETP se situent à l'hôpital. L'offre d'ETP pour les personnes atteintes de DT2 apparaît limitée en ambulatoire. En effet, selon une étude de 2005, 78% des actions d'ETP se déroulent en milieu hospitalier. En ville, l'ETP se développe

essentiellement « à partir du tissu associatif soignant ou patient (*maisons du diabète, réseaux, associations de patients*) ou à partir du secteur privé (*industrie pharmaceutique*) ».

Le médecin traitant aurait donc un rôle important dans le déploiement de l'ETP en ambulatoire.

Les programmes d'ETP ambulatoires dans le département du Maine-et-Loire

Dans le département du Maine-et-Loire, deux programmes d'ETP, se déroulant en ambulatoire, ont été autorisés par l'ARS au 31 décembre 2016 (14) : le réseau départemental Diabète 49 (devenu REMMEDIA 49 fin 2017) et « Mieux vivre avec son diabète » instauré à la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) Jean Bernard Sud (JBS) à Cholet. (Annexe 1)

1. REMMEDIA 49, réseau d'accompagnement des maladies métaboliques et du diabète

1.1. Présentation du réseau

REMMEDIA 49 est une structure d'appui qui intervient sur l'ensemble du département du Maine-et-Loire, qui a succédé depuis fin 2017 au réseau « Diabète 49 ». C'est une association de type loi 1901 dont le siège social est basé à Angers et dont le financement provient de l'ARS. Elle s'adresse aux patients présentant un diabète de type 2 ou ayant des facteurs de risque (surpoids, dyslipidémie, hypertension artérielle, stéatose ou syndrome d'apnée du sommeil). Elle propose pour ces patients un programme d'ETP destiné à les aider à acquérir des compétences nécessaires pour « *vivre au mieux avec une maladie chronique* ».

1.2. Modalités d'adhésion

Les patients présentant un DT2 habitant le département du Maine-et-Loire et étant affiliés aux trois régimes de l'Assurance Maladie (régime général, régime agricole et régime des travailleurs indépendants), ou appartenant au régime des armées, peuvent s'inscrire à REMMEDIA 49 en contactant directement la structure. Ils peuvent également être adressés par leur médecin traitant et/ou un autre spécialiste et/ou un professionnel paramédical. L'adhésion est gratuite.

1.3. Déroulement du programme

Lors de l'inscription, un entretien individuel d'environ 45 minutes est d'abord réalisé avec le patient, afin de réaliser un diagnostic éducatif permettant ainsi de connaître ses besoins et identifier ses attentes. Puis, pendant l'année, des ateliers en groupe sont organisés, sur différentes thématiques : pratique de l'équilibre alimentaire, compréhension de la maladie et de ses traitements, ateliers cuisine, activité physique, séances de motivation, art-thérapie, groupe de paroles, dents et diabète (Annexe 2). En parallèle, des entretiens individuels sont réalisés pendant le suivi.

Afin de permettre une meilleure proximité pour les patients, les actions de l'ETP sont réalisées dans différents lieux du département : Angers, Cholet, Saumur, Segré, Le Louroux-Béconnais, Baugé, Noyant, Le Lion d'Angers, Châteauneuf-Sur-Sarthe, Beaupréau, Chacé.

Un premier courrier est adressé au médecin traitant (sauf en cas de refus de la part du patient) l'informant de l'adhésion de ce dernier au programme. Une deuxième lettre sera envoyée, un an après la participation, informant le médecin du déroulement et des résultats du bilan éducatif.

1.4. Intervenants

L'équipe de coordination de REMMEDIA 49 est composée de :

- Madame Charlène BADIANE, assistante administrative de l'association ;
- Docteur Séverine DUBOIS, diabétologue et médecin coordinateur ;
- Madame Nathalie HAUW, responsable administrative de l'association ;
- Docteur Christine RENIER-TISNE, médecin généraliste, Présidente.

2. « Mieux vivre avec son diabète », programme de la MSP JBS à Cholet

2.1. Présentation du programme

Le programme « Mieux vivre avec son diabète » a été instauré lors de la mise en place du projet de la MSP JBS à Cholet en 2015, « *afin d'aider les patients et leur entourage à améliorer leur qualité de vie avec la maladie chronique (...) et acquérir ou maintenir les compétences*

dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie ». Les ateliers se déroulent au sein de la MSP. L'adhésion est gratuite (Annexe 3).

2.2. Modalités d'adhésion

Le programme d'ETP est proposé aux patients âgés de 35 à 75 ans ayant un diabète de type 2 sans critère de gravité, par les médecins exerçant au sein de la MSP, les infirmières, les kinésithérapeutes, la diététicienne, le podologue ou les sages-femmes. Chaque professionnel de santé dispose d'un document explicatif et d'une lettre d'information qui sera remise au patient. Une fiche de renseignement est ensuite remplie par les participants, qui sont contactés ensuite par téléphone, afin de convenir d'un premier rendez-vous.

2.3. Déroulement du programme

Un entretien individuel est réalisé au préalable, afin de réaliser un diagnostic éducatif et cibler les attentes et besoins du patients, en s'appuyant sur une « *étoile de compétences* » (Annexe 4). Trois ateliers sont ensuite proposés aux patients autour de la diététique, de l'activité physique, de la connaissance de la maladie et de la gestion des traitements. L'équipe soignante assure dans la durée un accompagnement personnalisé de chaque patient. Un deuxième entretien est ensuite réalisé à l'issue du programme afin de faire un bilan, en comparant avec l'étoile de compétences initialement faite. Ce bilan sera adressé au médecin traitant.

2.4. Intervenants

L'équipe de coordination est composée de :

- Madame Sophie CHARRIER, infirmière diplômée d'état ;
- Docteur Régis GUILLOTEAU, médecin généraliste ;
- Madame Nathalie MARTIN, kinésithérapeute ;
- Monsieur Yann MARTIN, kinésithérapeute ;
- Madame Laurenn PUAUD, diététicienne ;
- Madame Sandrine SERE, infirmière diplômée d'état.

But de ce travail

L'objectif initial du travail était d'interroger directement les patients ayant participé à ces programmes, afin d'évaluer le bénéfice qu'ils auraient pu en retirer au quotidien, notamment en termes de qualité de vie et de gestion de la maladie. A la première soumission du projet de l'étude au comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, ce dernier demandait de faire appel à un Comité de Protection des Personnes. En raison de contraintes calendaires, nous avons décidé d'explorer la qualité de vie des patients, à travers le regard de leurs médecins traitants. Ceux-ci ont en effet un rôle prépondérant et essentiel au sein des soins primaires, dans la prise en charge globale de la maladie, et dans l'aiguillage et l'accompagnement des patients diabétiques, afin qu'ils bénéficient d'un programme d'ETP.

Le travail de cette thèse vise donc à évaluer l'impact des programmes d'éducation thérapeutique auprès de patients diabétiques de type 2 sur leur qualité de vie et la gestion de leur maladie, à travers le regard de leur médecin généraliste. Ces patients auront participé, en ambulatoire, à des programmes d'ETP validés par l'ARS, en ambulatoire, dans le département du Maine-et-Loire.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par analyse thématique de contenu, au moyen d'entretiens semi dirigés, réalisés auprès des médecins traitants de patients présentant un DT2, ayant participé aux programmes d'éducation thérapeutique, au sein des deux réseaux validés par l'ARS dans le département du Maine-et-Loire : REMMEDIA 49 et la MSP JBS à Cholet.

Sélection de la population

Critères d'inclusion :

Les médecins traitants sélectionnés sont les médecins de patients présentant un diagnostic de DT2, évoluant depuis plus de 5 ans ayant participé à au moins 3 ateliers du programme d'ETP du réseau REMMEDIA 49 ou la MSP JBS à Cholet, proposé entre Juin 2016 et Juin 2017.

L'échantillonnage ciblé de ce travail souhaitait inclure initialement une vingtaine de témoignages, dans le but d'obtenir le maximum de diversité dans les opinions, représentations et comportements au sein de la population choisie.

Critères de non inclusion :

Les patients ayant participé à un programme d'ETP antérieur et les patientes ayant présenté un diabète gestationnel n'ont pas été inclus. Il en est de même des patients de moins de 18 ans.

Comité d'éthique :

La fiche de thèse, ainsi que le guide d'entretien, ont été soumis au comité d'éthique du CHU d'Angers présidé par Pr Christophe BEAUFRETON le 31 janvier 2018, qui a conclu à l'absence d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude (Annexe 5).

Matériels utilisés

Un guide d'entretien semi-directif a permis de constituer un support pour la réalisation des entretiens (Annexe 6). Ce dernier a évolué au fil de l'analyse au fil de l'eau des entretiens réalisés.

Après une présentation de la thématique et du but de la thèse, les questions posées avaient pour intention d'explorer :

- Le contexte de l'adhésion à REMMEDIA 49 ou à la MSP JBS des patients concernés ;
- Le regard des médecins traitants sur les programmes d'ETP ;
- Les modifications éventuelles remarquées depuis la participation, dont la qualité de vie de ces patients ;
- Les freins éventuels à la participation des programmes d'ETP ;
- L'éventuel impact de la participation à l'ETP sur la relation avec le patient diabétique et la façon dont le patient gère sa maladie.

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (15) établis en 2007 pour assurer la rigueur scientifique des études qualitatives (Annexe 7).

Déroulement de l'étude

Les entretiens ont eu lieu en face à face, dans le cabinet de chaque médecin traitant entre mars 2018 et juillet 2018, selon les disponibilités des interlocuteurs. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, après avoir recueilli l'accord verbal et écrit du médecin interviewé (Annexe 8). Aucune donnée concernant les patients n'a été conservée ou exploitée. L'anonymat de l'entretien était garanti. Une brève présentation du travail de thèse était mentionnée en début de chaque entretien.

En avril 2018, la liste des patients ayant adhéré à REMMEDIA 49, ainsi que leur médecin traitant, a été récupérée auprès de la secrétaire de l'association. Les dossiers ont ensuite été consultés sur place, afin de recueillir les caractéristiques des patients. Les médecins traitants des patients répondant aux critères de sélection ont été ensuite contactés par courriel et/ou par téléphone, afin de convenir d'un rendez-vous à leur cabinet. Ils ont été informés que l'entretien serait enregistré de façon anonyme.

En Mai 2018, les médecins traitants ayant adressé des patients au programme de la MSP JBS à Cholet ont été contactés, après consultation des dossiers des patients, et des rendez-vous ont été convenus à leur cabinet. Ils ont également été informés que l'enregistrement et la retranscription seraient anonymes.

Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité sur un fichier Microsoft Word®, en respectant le langage oral. L'analyse thématique des données a été effectuée sur la totalité du Verbatim. Les silences, les temps de réflexion et les rires ont été notés entre parenthèses. Les hésitations ont été retranscrites en trois points, entre parenthèses. Les noms des personnes ou lieux mentionnés ont été rendus anonymes.

Une première analyse au fil de l'eau a été effectuée sur les trois premiers entretiens, afin d'adapter le guide d'entretien, qui a ensuite évolué au fur et à mesure des interviews. Un fichier Microsoft Excel® a ensuite été réalisé, afin d'effectuer l'analyse en thèmes et sous-thèmes. Des phrases ou expressions reflétant une même idée ont été isolées sur le verbatim. Les unités de sens ont ainsi complété la grille de codage au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

RÉSULTATS

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des patients sélectionnés ayant participé à un programme d'ETP, sont rassemblées en annexe 9.

Les caractéristiques des médecins interviewés sont résumées dans le tableau suivant.

Médecin	Sexe	Âge	Année d'installation	Type d'activité	Réseau d'ETP	Durée de l'entretien
M1	H	48	2002	Semi-rurale	MSP JBS	16 min
M2	F	60	1990	Urbaine	MSP JBS	13 min
M3	F	51	1997	Urbaine	MSP JBS	13 min
M4	F	36	2016	Urbaine	MSP JBS	10 min
M5	H	66	1979	Urbaine	MSP JBS	21 min
M6	H	53	1994	Urbaine	MSP JBS	12 min
M7	F	40	2006	Urbaine	MSP JBS	20 min
M8	F	57	1989	Rurale	MSP JBS	25 min
M9	H	32	2015	Semi-rurale	REMMEDIA 49	12 min
M10	F	44	2016	Semi-rurale	REMMEDIA 49	11 min
M11	H	60	2016	Semi-rurale	REMMEDIA 49	16 min
M12	F	55	2016	Semi-rurale	REMMEDIA 49	9 min
M13	H	66	1978	Semi-rurale	REMMEDIA 49	16 min
M14	F	59	1988	Urbaine	REMMEDIA 49	5 min
M15	F	52	1993	Urbaine	REMMEDIA 49	13 min
M16	H	32	2015	Urbaine	REMMEDIA 49	12 min

F : Femme ; H : Homme ; MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire, JBS : Jean Bernard Sud

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Caractéristiques des entretiens

Seize entretiens ont été réalisés au total. La saturation des données semblait être obtenue en juillet 2018, au treizième entretien, et confirmée par la réalisation de trois entretiens supplémentaires.

La durée totale de l'ensemble des entretiens était de 4 heures. La durée moyenne des entretiens était de 15 minutes. L'entretien le plus court avait une durée de 5 minutes et 06 secondes. L'entretien le plus long avait une durée de 25 minutes (Annexe 10).

Résultats des entretiens

1. Point de vue des médecins concernant les programmes d'ETP

1.1. Attentes des médecins vis-à-vis de l'ETP

Aide à la consultation pour le suivi chronique

La première attente exprimée était le recours à l'aide d'autres professionnels de santé, qui était perçue comme un élément positif par les médecins pour une meilleure prise en charge de la maladie chronique.

M9 : « De façon générale, moi je trouve que c'est surtout un soulagement pour nous, pour le boulot (...) Je pense que ça permet de multiplier les intervenants. D'avoir des façons de parler différentes. Je suis plutôt pour. »

Certains d'entre eux insistaient sur le fait que les patients appréciaient la rencontre avec d'autres professionnels de santé, ce qui confirmait cette attente principale. Les patients rapportaient quelques fois pouvoir ainsi confier aux autres professionnels des éléments dont ils ne discutaient pas avec leur médecin traitant.

M3 : « Je pense que les patients peuvent avoir aussi des relations différentes avec une infirmière, un kiné, une diététicienne ... même un autre collègue que leur médecin traitant, dire des choses qu'ils ne disent peut-être pas avec nous. »

Plusieurs praticiens signalaient avoir recours à l'ETP, en relais de leurs consultations avec les patients diabétiques, lorsque l'équilibre du diabète n'était pas atteint, en se fiant aux résultats du contrôle trimestriel de l'HbA1c. Cette idée était renforcée par les médecins qui déclaraient proposer l'ETP lorsque la « *situation leur échappait* », avec des patients qui ne sont pas observants, ou négligeant les mesures hygiéno-diététiques.

M10 : « (...) *C'est surtout ceux (...) pour lesquels j'ai beaucoup de mal à ... équilibrer l'hémoglobine glyquée, pour lesquels le suivi est toujours un peu laborieux... (...). Je pense que je propose le programme peut-être quand je me sens moi en difficulté, parce que j'essaye de changer de stratégie, et quand je n'y arrive pas de ce côté-là, bon je me dis que quelqu'un d'autre, avec une autre approche aussi, peut-être qu'il peut y avoir une meilleure adhésion ...* »

Enfin, certains médecins traitants considéraient que les réunions et ateliers d'ETP permettaient d'être l'écho de ce qui pouvait être dit et expliqué en consultation, concernant notamment le suivi de la maladie et la prévention de ses complications. Le fait de « *répéter* » les informations dans un autre cadre, était perçu comme bénéfique pour la compréhension, l'observance et la prise en charge du diabète.

M12 : « *Alors peut-être qu'avec l'ETP, ils iront régulièrement et on leur dira régulièrement. Donc au bout d'un moment ça finit pour faire son trou, son chemin et s'installer plus durablement dans leur mode de vie.* »

Mais, à l'issue de la participation au programme, plusieurs médecins constataient que l'ETP pouvait être proposée à un stade plus précoce de la maladie, voir dès le diagnostic initial, affirmant que le programme avait également sa place pour les patients « *qui sont dans les clous* ».

M7 : « (...) *Et du coup, ...une mauvaise représentation de ... du fait de ben... si c'est bien équilibré, ...voilà, c'est peut-être pas la peine... faut peut-être la laisser la place aux autres quoi. Alors que... ben non. Maintenant je le sais.* »

Acceptation de la maladie chronique

Le diabète est au départ une maladie « *silencieuse* », souvent asymptomatique. Des médecins rapportaient que certains patients avaient une difficulté à « *se sentir malade* ». Il était quelques fois difficiles pour les médecins, d'évoquer les différents aspects du diagnostic, du suivi, du traitement et de la prévention des complications du diabète, en raison du « *déni* » initial qui pouvait être vécu.

M5 : « *La plupart des gens, c'est ... qu'ils se sentent jeunes, et pas malades. »*

M7 : « *Donc il y a un déni complètement de leur pathologie, ils veulent pas en entendre parler (...) Donc c'est quand même difficile parfois. »*

De plus, la maladie pouvait être vécue comme un évènement marquant de la vie du patient, qui se retrouve dans la position de devoir faire un deuil de sa « *bonne santé* », afin d'accepter et de « *vivre avec* » la maladie.

M1 : « *Quand on annonce à quelqu'un qu'il est diabétique ... c'est ... un peu un deuil quand même quelque part... (...) le deuil d'être malade. »*

Plusieurs médecins précisaient que le vécu la maladie passait également par la prise en compte de la qualité de vie du patient dans le suivi de son parcours avec le diabète.

M5 : « *La santé en fait, c'est pas uniquement la bonne santé physique. C'est pas forcément l'absence de symptômes, c'est aussi, justement, oui bah la qualité de vie dans la société, dans la famille, ... (...) dans son travail, c'est... être bien avec ses enfants, avec sa famille. C'est faire en sorte que la maladie ne soit pas trop, trop présente, ne prenne pas trop de place. Donc, il faut vivre avec, la relativiser. »*

Passage à l'action (ou à l'inaction)

Certains médecins interrogés évoquaient les « *représentations* » sur les raisons pour lesquelles leurs patients n'étaient pas dans la démarche de l'ETP ou qui étaient « *difficiles à prendre en charge* ».

M2 : « (...) Ils ont peur de se mettre devant leur difficulté première qui est celle de préférer passer du temps devant leurs écrans que d'aller se bouger ... »

M3 : « C'est plus facile pour eux (les patients) de prendre un médicament, que de faire un peu de sport ou de manger moins salé, hein ... (rires). »

Ils exprimaient quelques fois un sentiment d'« échec » et de « lassitude » face à certaines situations où l'équilibre de la maladie était difficile à obtenir.

M12 : « Finalement, on passe beaucoup de temps avec ces patients-là, et c'est frustrant de ne pas avoir le résultat (...) Et, on s'investit beaucoup pour finalement ne pas avoir le retour de notre investissement. »

D'autres médecins ressentaient de la « gratitude » et se sentaient « valorisés », lorsque les objectifs étaient atteints et que le patient « se sentait mieux », ce qui les incitait à adresser les patients à ces programmes.

1.2. Impact de l'ETP sur les patients

Globalement, les médecins traitants avaient précisé que les patients ayant participé à l'ETP étaient « satisfaits » et « contents » de leur participation.

M3 : « (...) ils sont très contents d'y avoir participé ... ils ont appris des choses ... ils se sentaient mieux ... »

M5 : « (...) Les patients trouvent que ça apporte beaucoup... (...). Les patients en ressortent en général très satisfaits. »

Gestion de la maladie

Observance des traitements

Le premier élément mentionné par les médecins était l'amélioration de l'observance des traitements instaurés pour traiter le diabète.

M8 : « (...) Je dirais que le point le plus important, que ce soit pour le diabète où toutes les maladies chroniques, reste l'observance. Ou plutôt, l'inobservance ... Je dirais que les gens, son plutôt mal observants ... »

Les patients semblaient en effet mieux « comprendre » l'intérêt de l'instauration des antidiabétiques oraux et comment les adapter.

La peur du traitement par insuline qui pouvait être exprimée dans un premier temps par les patients, était ensuite levée.

M1 : « il (le patient) disait : j'ai connu ma mère (...) je mettrai jamais d'insuline... (...) on lui a mis l'insuline et elle est morte 6 mois après » ... Ce sont des choses qui sont ensuite abordées dans le programme. »

Suivi de la maladie

En ce qui concerne le suivi de la maladie, l'ETP permettait aux patients de mieux connaître son évolution et de mieux comprendre le déroulement de la prise en charge. Pour cela, certains médecins considéraient que leurs patients pouvaient ainsi poser des questions « adaptées » lors des consultations dédiées, c'est-à-dire en lien direct avec ce que les médecins considéraient comme important pour le diabète.

M5 : « On voit que les gens lorsqu'ils reviennent après en consultation, posent les bonnes questions, (...). On sent... on sent qu'ils ont compris des choses, qu'ils se sont appropriés un certain nombre de connaissances, et que ... effectivement ils sont prêts à mettre en place un certain nombre de mesures dans leur vie quotidienne. Que ce soit sur le plan diététique,

activité physique, la surveillance (...). D'eux-mêmes (les patients), sans que je ne leur demande de faire tel ou tel effort par exemple, demandent ce qui peut être mis en place. »

Les médecins rapportaient que les patients pouvaient également comprendre et interpréter le résultat de l'HbA1c, qui était décrite par les médecins comme un marqueur important et significatif pour évaluer l'équilibre de la maladie, leur permettant ainsi de savoir si les patients étaient dans les « *objectifs* » définis.

M12 : « *Les gens ont peut-être, mieux pris conscience... De... De... comment faire pour avoir une meilleure hémoglobine glyquée, et comprennent peut-être mieux à quoi ça sert. Ils voient bien que le chiffre est bon ou pas bon ...* »

D'autres médecins avaient mentionné le fait que le marqueur de suivi biologique restait abstrait pour les patients, et qu'il ne constituait « *qu'une satisfaction* » pour le médecin.

MG : « *Ça veut dire que finalement ils attendaient...autre chose de cet équilibre que juste (M6 : Ah ben oui) les chiffres de l'hémoglobine tous les trois mois ?*
M6 : *Ah ben oui carrément. Ça c'est ma satisfaction à moi. Eux, ils en ont rien à faire quoi. Ce qu'ils veulent, je pense que c'est autre chose quoi.* »

Enfin, une minorité de médecins avait précisé ne pas faire le lien entre le marqueur biologique et la qualité de vie des patients, qui pouvait être altérée malgré un équilibre biologique de la pathologie, proposant ainsi l'ETP à tout stade de la maladie.

M13 : « *(...) non, non ... je ne pense pas qu'il y ait toujours un lien en effet ... entre le chiffre et le reste ...* »

Relation médecin-malade

En ce qui concerne l'effet de l'ETP sur la relation avec les patients, plusieurs médecins estimaient que cette dernière était « *améliorée* » suite à la participation au programme. Les échanges concernant la pathologie étaient plus apaisés, « *facilitant la relation* ».

M5 : « (...) Je laisse plus de place aux patients pour s'exprimer... et puis... pour poser des questions... qu'habituellement ils n'auraient pas posé quoi. Donc ... je vais pas dire qu'on parle d'égal à égal, mais quand même ... Pour ceux qui ont une assez bonne connaissance, c'est ... intéressant, d'aborder certains points de détails, donc je pense que ça change beaucoup le contenu de la consultation. »

Certains médecins expliquaient que la relation était inchangée, les consultations se déroulant de la même manière qu'avant l'intervention du programme.

Plusieurs médecins soulevaient également le « *décalage* » qui pouvait exister dans la relation médecins-malades, lorsqu'il s'agissait d'évoquer les aspects de la maladie diabétique, avouant ne pas toujours « *parler de la même chose* ».

M7 : « Ça nous (les médecins) paraît tellement évident et finalement enfin on est à ... à dix lieues quoi de ce qu'eux peuvent imaginer du diabète. Donc finalement on peut pas partager les connaissances puisqu'on n'est pas du tout sur le même niveau. »

Enfin, la plupart des médecins insistaient sur un élément qu'ils jugeaient majeur, à savoir le « *changement de paradigme* » qui était observé dans la relation qu'ils avaient avec les patients, avec une relation davantage « *centrée sur le patient* », au lieu du « *paternalisme* » qui pouvait prédominer auparavant, permettant ainsi de laisser la place à la parole du patient et à l'expression de ses idées.

M1 : « Parce que ... en fait on change de paradigme ... On essaie de voir ce que le patient connaît de sa maladie et ce qu'il veut faire, et il devient très vite acteur de sa maladie ...et ... ça ça change complètement de ce qu'on faisait avant (...) On est un partenaire de soins. »
M7 : « Je pense que oui l'éducation c'est vraiment voir leur conception. Déjà est ce qu'ils ont compris qu'ils avaient une maladie chronique ? Et après partir de leur conception, pour arriver vers du mieux. Mais du mieux aussi pour le patient. Pas que pour nous quoi (...). J pense que c'est... c'est une médecine différente. On s'écarte un p'tit peu de notre...de notre position... de de de savant en fait (...). De détenteur du savoir, pour que... pour qu'le... pour qu'le malade lui s'approprie vraiment les choses. Et ça c'est bien, c'est plutôt bien. »

Qualité de vie

Autonomie

Concernant l'impact du programme d'ETP sur la qualité de vie des patients, les médecins s'accordaient pour dire que le premier élément marquant était l'acquisition pour ces derniers d'une certaine autonomie dans la gestion du quotidien avec le diabète. Ils devenaient « acteur » de leur maladie et de leur prise en charge, en comprenant qu'ils pouvaient vivre « normalement » et vivre « avec le diabète ».

M2 : « *Ils apprennent ... à mieux gérer pour faire avec ... pour que ce ne soit pas un handicap ... »*

Les patients « *avançaient* » ainsi au fur et à mesure des ateliers, et gagnaient une réelle « *estime de soi* ».

M11 : « *Il (le patient) rapportait avoir gagné une réelle estime de soi (...) et c'est un élément majeur pour la prise en charge et le vivre mieux avec la maladie* »

Une minorité de médecins mentionnait le fait que l'attitude du médecin pouvait quelques fois altérer la qualité de vie des patients, en voulant « *appliquer toutes les recommandations* », en rajoutant des démarches médicales supplémentaires.

Compréhension et connaissance

Les médecins constataient que les patients avaient mieux intégré l'importance des changements de comportement durables aussi bien sur l'alimentation, que sur l'activité physique.

M8 : « *Il y a un patient qui faisait 150 kg, il m'a dit texto : « Ah mais moi, grâce au programme, jamais je n'aurais pensé faire de l'activité physique ». Il me dit : « Maintenant, voilà, je suis content, je vais marcher avec les copains, quelquefois on fait un petit peu de fitness, mais je n'aurais jamais pensé le faire sans cela » (...). Il y en a un autre la dernière fois, qui m'a dit : « vous savez, maintenant, j'ai téléchargé une application sur mon*

téléphone, pour savoir vraiment si ce que je mange est bon ou pas, ... et je fais bien attention, je mange plus n'importe quoi n'importe quand, et mon mari qui est un peu costaud, il fait comme moi » ... »

Ils ont pu également mieux comprendre les mécanismes de la pathologie, les complications, comment les prévenir et les traiter.

Point de départ pour aborder la qualité de vie en consultation

Plusieurs médecins reconnaissaient qu'aborder la qualité de vie des patients avec eux, en consultation, n'était pas évident. Le changement des habitudes de vie des patients était quelques fois perçu comme difficile par les médecins. En effet, la prise en charge optimale du diabète impliquait des changements, voir des bouleversements dans le quotidien des patients et ces éléments ne semblaient pas constituer un marqueur de suivi de la maladie pour certains médecins.

Certains évoquaient le fait que ce n'était pas un élément dont ils discutaient spontanément lors des consultations de suivi dédiées au diabète.

M5 : *« C'est difficile de parler de la qualité de vie... (...) Parce que ce n'est pas un thème qu'on aborde souvent. Que nous en tant que soignant, on est dans le soin, on est dans l'identification des symptômes, on est dans la réponse immédiate. On n'a pas du tout le recul sur la vie des gens, la qualité de vie des gens, la répercussion de la maladie au quotidien... »*

1.3. Propositions concernant le déroulement de l'ETP

Au cours des entretiens, plusieurs médecins généralistes avaient formulé des propositions, afin de mieux connaître la démarche de l'éducation thérapeutique, et mieux « cibler » les patients à qui il était « utile » de proposer ce genre de programme.

Certains regrettaient le manque de « formation » à l'ETP, démarche ayant sa « place » dans le parcours de soins, avouant ainsi ne « pas connaître » le principe, le déroulement ou le résultat attendu. Quelques médecins estimaient que cette formation devait intégrer la formation durant l'internat. Quelques-uns proposaient que cela fasse partie de la formation

continue (au sein du Développement Professionnel Continu). Un médecin souhaitait par ailleurs qu'un acte spécifique soit dédié à l'ETP, avec une « *rémunération forfaitaire* », afin d'inciter les médecins à la réaliser au sein des cabinets ou des MSP.

M5 : « *C'est une approche qui devrait être beaucoup plus enseignée (...) Je suis vraiment dans mon rôle de médecin, de médecin formateur, de médecin éducateur, et je trouve que c'est, c'est une bonne manière de prendre en charge les gens dans la vie, dans la société, et dans leur qualité de vie oui bien sûr. »*

D'autres estimaient qu'« *un retour* » concernant le déroulement et le résultat du programme était nécessaire, afin de poursuivre la prise en charge dans les consultations ultérieures.

M1 : « *Ça peut nous intéresser d'avoir ses représentations (celles des patients), par rapport à la maladie, ses freins, ses peurs, parce que ce sont des choses qu'on pourrait retravailler après ... »*

Par ailleurs, plusieurs médecins s'étaient informés et s'étaient davantage posé la question de « *l'intérêt* » des programmes, du fait de la réalisation des entretiens pour ce travail de thèse. La moitié des médecins disait s'être intéressée au sujet du fait de ce travail et signalaient vouloir proposer l'ETP plus fréquemment aux patients, y compris pour ceux dont le diabète est équilibré sur le plan biologique.

M4 : « *Bah... là, j'hésite du coup à... me former pour être... (...) en me disant que ça ouvrirait mon regard pour les autres patients, dans les prises en charge les maladies chroniques... »*

Enfin, la plupart des médecins considéraient que l'ETP devrait être proposée de façon systématique, à tous les patients, dès le diagnostic initial, ce qui impliquerait ainsi son développement en ambulatoire.

M9 : « *Pour moi, ça devrait être des programmes proposés et c'est bien de réussir à le faire un peu de façon systématique. Je pense même que moi, des fois, Je séquestre un peu les patients, en me disant qu'ils ont compris mais je pense qu'ils n'ont pas toujours tout compris. »*

2. Point de vue des patients ayant participé à un programme d'ETP en ambulatoire

2.1. Qu'est-ce qui peut empêcher les patients de participer ?

La peur

La peur était la première réticence exprimée par les patients à leurs médecins et concernait plusieurs éléments : le traitement par insuline, les complications de la maladie, la survenue de changements dans leur vie ou encore la confrontation au regard des autres lors des différents ateliers, ou dans le cercle familial.

M4 : « Avec leur entourage ça c'est sûr. Déjà de prendre conscience, de ne pas avoir peur d'en parler, parce que le déni après ça peut être aussi la peur des répercussions ... »

Le déni

Quelques médecins mentionnaient que l'absence de participation à l'ETP était liée au déni vécu par le patient face à l'annonce de la maladie.

M3 : « Et puis après, je pense que le principal frein, c'est l'absence de ... c'est le déni réel de sa prise en charge. Personnelle. »

La lassitude

Certains patients ne souhaitaient pas y participer, ayant l'impression d'en « faire beaucoup » pour la prise en charge de leur pathologie, et ne voulaient pas vouloir faire un « effort » supplémentaire.

M1 : « Et puis ... je vois que certains ont une certaine lassitude (soupir). On voit que l'hémoglobine glyquée remonte ... (soupir)... »

La méconnaissance du résultat éventuel

Le refus initial pour adhérer à la démarche de l'ETP pouvait être lié à la méconnaissance de son intérêt, de son déroulement et du bénéfice qu'ils pouvaient en tirer.

M2 : « ... Le fait qu'ils ne sachent pas ce que c'est l'éducation thérapeutique, ça c'est l'inconnu pour eux. »

La contrainte du temps

Enfin, les contraintes liées au temps étaient régulièrement mentionnées. En effet, pour les patients ayant une activité professionnelle, il était difficile de se libérer des contraintes professionnelles, afin d'effectuer les déplacements et participer aux différentes réunions.

2.2. Qu'est-ce qui peut leur donner envie de participer ?

La prise en charge financière

Le fait d'accéder aux ateliers concernant la diététique et l'alimentation sans avancer les frais d'une consultation auprès d'une diététicienne, était un argument récurrent pour la participation au programme d'ETP.

M4 : « (...) mis à part le (frein) financier, qui est levé (...) La prise en charge financière de tout ce qui est paramédical mais là qui, dans ce programme-là, y'a pas de soucis. Mais, on sent que c'est un gros frein pour les gens, de voir un diététicien ou voir... ça reste un frein majeur, du coup. »

D'autres étaient contents de se voir « offrir » un « service supplémentaire ».

M2 : « Ils sont toujours contents quand on leur a offert un service... supplémentaire... ça c'est sûr. »

Le désir de devenir acteur dans la prise en charge de sa maladie

Plusieurs médecins interrogés avaient précisé que lorsque la démarche venait du patient lui-même, l'adhésion était meilleure que si cette dernière se faisait sous l'impulsion du médecin traitant ou d'un autre professionnel de santé, leur permettant ainsi de « *se prendre en main* », et de devenir réellement « *acteur de leur maladie* ».

M3 : « *C'est vraiment d'idée de se poser. Pour se dire qu'est-ce que ça veut dire d'être diabétique ... Qu'est-ce que... ça change pour moi dans ma vie de tous les jours, comment je peux faire pour moi ... de devenir acteur de ma santé, quoi. Vraiment se sentir concerné (affirmation et insistance).* »

Cette démarche ainsi acquise permettrait ensuite aux patients de pouvoir gérer au mieux le quotidien et la maladie.

M2 : « *(...) celui-là (le patient), ça a changé sa vie. Il a ... parce que ... il a compris qu'il fallait qu'il se bouge un peu ... et il a découvert les joies de la marche à pied, l'alimentation, ...* »

M6 : « *s'ils sont acteurs de leur... de leur pathologie, ce sera forcément mieux je pense que plutôt que de se voir toujours imposer...les choses.* »

La rencontre avec les autres patients

La participation à des ateliers en groupe, où les patients pouvaient se rencontrer et échanger avec d'autres leurs expériences personnelles, était mentionnée comme un atout important. Certains se retrouvaient en dehors des réunions, afin de poursuivre les échanges.

M8 : « *(...) Ils sont super contents, parce que justement, ils sont en contact avec d'autres personnes qui ont la même chose qu'eux. (...) Ils sont tous regroupés, ils apprennent à se connaître, et même quelquefois, ils se voient en dehors. Ils se revoient, ils s'appellent, demandent qui va à quel atelier, ... Donc, il y a un côté convivial, qui est important...* »

Enfin, ces réunions permettaient également aux patients les plus « *timides* » de pouvoir écouter, et discuter avec les autres personnes présentant des problématiques similaires. Ils pouvaient ainsi obtenir un « *soutien* » et se sentir moins isolés.

Quelques médecins déclaraient que le principe des réunions ou ateliers de groupe n'étaient pas adaptés pour aborder les différents aspects de la maladie diabétique, considérant que cela ne permettait pas une « *personnalisation* » de la prise en charge.

M2 : « Les entretiens individuels permettent de cibler les problèmes du patient... puis surtout... de cibler ce qui peut être possible en fonction de sa vie. De son contexte... psycho-social et financier ... »

Un motif inattendu

Quelques patients ont participé au programme d'ETP pour « *faire plaisir* » à leur médecin traitant.

M7 : « (...) *en gros, il (le patient) est content de nous faire plaisir.* »

2.3. Relation avec la maladie diabétique

Représentations sur la maladie

Selon les médecins traitants interrogés, la participation à l'ETP avait permis d'échanger et de faire évoluer les représentations des patients sur la maladie diabétique, lors des ateliers ou lors des consultations ayant suivies le programme. Les idées reçues concernant le diabète étaient initialement nombreuses, notamment concernant le traitement par insuline.

M8 : « (...) *Et puis, ils se rendent compte aussi qu'ils avaient une fausse idée du diabète, dans la mesure où pour eux, ça allait forcément évoluer vers l'insuline.* »

Le diagnostic de DT2 était accompagné d'une « *anxiété* » et d'une « *peur* » marquantes, directement liées au fait que cette maladie était déjà présente dans la famille ou l'entourage proche.

M5 : « (...) Et ... ils connaissent effectivement des gens qui ont des complications graves, et bien là il n'y a pas photo, ils sont plus détendus, et ils sont moins angoissés par leur maladie, ils sont plus sereins. »

Quelques fois, c'était la « fatalité » qui était au premier plan, du fait des complications ayant eu lieu dans la famille, ou des représentations générales que les patients avaient sur la maladie.

M5 : « Ils comprennent que c'est une maladie chronique, qu'ils garderont toute leur vie. Mais que voilà, c'est pas une fatalité, qu'il y a des choses à faire, et qu'ils peuvent apprendre à le faire : pour la surveillance, pour la prévention des complications. »

Enfin, diabète et « sucre » étaient liés dans l'esprit des patients.

M7 : « (...) Voilà euh... "diabète" ça veut pas dire grand-chose de plus quoi. Ça veut dire "sucre". Mais ça veut rien dire de plus. »

Gestion de la maladie

Suite à leur participation au programme d'ETP, les patients signalaient à leur médecin avoir mieux « compris » l'intérêt des antidiabétiques oraux. Ils étaient capables d'expliquer et de suivre les adaptations posologiques.

M1 : « Pour les patients, je pense que l'intérêt est assez important, du moment qu'ils arrivent à comprendre l'intérêt qu'ils ont pour eux. »

Ils avaient pu également acquérir des connaissances sur les mécanismes physiologiques de la maladie, leur permettant ainsi de comprendre les complications qui en découlent et comment les prévenir.

M9 : « Ils (les patients) décrivent un bénéfice de l'avoir fait, de mieux connaître la maladie. »

Certains comprenaient mieux la signification du résultat de l'HbA1c et devenaient autonomes pour suivre l'évolution de leur maladie.

M2 : « (...) C'est plus facile de prescrire ... quand ils ont compris l'intérêt et l'utilité ... »

Ils signalaient également avoir mieux compris comment gérer au mieux leur alimentation et équilibrer leur repas, tout en évitant les restrictions alimentaires qui pouvaient être vécues comme une contrainte supplémentaire. En effet, les ateliers leur ont permis d'avoir « *des petites astuces* » pour cuisiner et préparer les repas.

M5 : « *Au lieu d'être marginalisés (les patients) par la famille par exemple, bon bah c'est vrai que... la prise en charge des repas quotidiens, de la vie quotidienne, et partager en fait avec... avec le conjoint (...) certaines activités de loisirs ... (...) Donc ça influence forcément le... leur vie quotidienne, et... leurs vies relationnelles, mais d'une façon positive.* »

Enfin, concernant l'activité physique, les patients saisissaient son importance et réalisaient que cette dernière pouvait être adaptée à leurs besoins, attentes et vie quotidienne.

2.4. Impact en terme de qualité de vie

Se sentir plus serein

Le premier élément rapporté par les patients à leur médecin traitant suite à leur participation à l'ETP, était un sentiment de « *joie* » et de « *satisfaction* » concernant le déroulement du programme.

M15 : « *Ils étaient contents et satisfaits de leur participation, de qu'ils ont appris, de ce qu'ils pouvaient faire ...* »

La participation à l'ETP permettait aux patients de se sentir mieux et mieux gérer leur maladie.

M2 : « *Ils trouvent leur qualité de vie améliorée après ...* »

Autonomisation

Les patients avaient pu retrouver une certaine confiance et ainsi « *devenir acteur* » de leur prise en charge, en acquérant au fur et à mesure des ateliers, des connaissances et des compétences pour être plus autonome dans la gestion de leur maladie. Ils ont pu également retrouver une certaine liberté pour faire leurs propres choix au quotidien.

M3 : « (...) *Leur propre prise en charge, et surtout les choses qui sont pas... médicaux médical, quoi...c'est-à-dire... quoi que ça le devient (rires), la diététique... l'activité physique ... »*

Ils se sentaient davantage impliqués, ce qui leur permettait de « *décider* » et d'adapter eux-mêmes leur quotidien, notamment concernant l'équilibre alimentaire et la gestion des repas.

M7 : « *Au terme d'une prise en charge en éducation thérapeutique je pense qu'il (le patient) est capable de gérer... en partie oui sa maladie et de mieux l'accepter. Et ça pour moi c'est du mieux vivre. »*

Prise de conscience et habitudes de vie

Les médecins précisaient qu'une prise de conscience était nécessaire pour vivre au mieux cette maladie.

M8 : « *À mon avis, l'effort porte surtout sur le psychisme. Et il y a des ateliers pour ça (par exemple l'art thérapie, le théâtre du vécu, tout ça), pour qu'ils prennent conscience. Déjà du diabète. Et pour cela, il faut qu'ils soient moins en colère après la maladie. Ou alors, déjà qu'on règle d'autres soucis externes. Pour qu'à un moment donné, ils soient sensibilisés. »*

Les patients avaient rapporté que « *ce petit déclic* » leur permettait d'opérer des changements de certaines de leurs habitudes de vie. Les ateliers et réunions ont permis de faire comprendre aux patients, qu'un « *régime* » diététique n'était pas synonyme de restrictions alimentaires, leur évitant ainsi des privations itératives. Il s'agissait plutôt d'une rééducation à l'autonomie nutritionnelle, permettant ainsi un gain en santé et en liberté.

M3 : « *La diététicienne ... où là, franchement ça était un déclic miraculeux. »*

Simplification et adaptabilité

Par ailleurs, les adaptations de la vie quotidienne étaient possibles grâce aux « *astuces* » qu'ils pouvaient appliquer, notamment grâce aux échanges avec les autres patients du groupe. Les patients issus d'une culture différente pouvaient, suite à leur participation, mieux adapter leur alimentation, tout en tenant compte des habitudes alimentaires culturelles.

M1 : « *Ils se rendent compte qu'en fait ... y a plein de possibilités, il faut juste qu'ils adaptent certaines choses quoi. Et (affirmatif) ... ça peut les motiver. »*

M9 : « *Leur qualité de vie je pense que c'est plus de la simplicité. Une vie supplémentaire peut-être, parce qu'ils connaissent mieux, leur maladie. »*

De même, les patients avaient pu accéder à une activité physique adaptée, et s'étaient ainsi rendu compte, qu'ils pouvaient faire du sport, et souhaitait poursuivre « *cet effort* » au-delà du cadre du programme.

M7 : « *Alors lui m'a dit que, voilà, il avait compris que si ...il faisait un peu plus d'activité physique, s'il reprenait le jardinage, etc, ben ça pouvait peut-être l'aider à contrôler mieux son ... son diabète. »*

Enfin, certains patients retrouvaient le goût d'accéder de nouveau à leurs loisirs.

Insertion familiale et socio-professionnelle

Ces éléments avaient *in fine* pu permettre aux patients d'avoir des relations plus apaisées avec tout d'abord leur entourage. L'implication du conjoint, notamment pour la gestion des repas au quotidien, était appréciée.

Les échanges au sein du couple ou de la famille étaient également facilités.

M8 : « *En fait, c'est difficile pour le conjoint de donner des conseils à quelqu'un de la famille. (...) Alors que quand ça vient d'une tierce personne, en l'occurrence le programme, c'est complètement différent. »*

La vie professionnelle était également impactée par la maladie et les adaptations que les patients devaient réaliser. Un rythme professionnel avec des horaires « *décalés* » et les déplacements prolongés et fréquents, étaient quelques fois vécus comme une entrave à la prise en charge optimale du diabète.

Certains patients avaient également appris comment adapter leurs repas au restaurant, lorsque notamment pour des raisons professionnelles, ils étaient amenés à s'y rendre fréquemment.

3. Différences de perception

Il semblait exister de la part des médecins une différence de perception et de représentation concernant l'éducation thérapeutique et son impact en termes de qualité de vie et de gestion de la maladie, selon la proximité (ou non) géographique du programme d'ETP.

DISCUSSION

Principaux résultats de l'étude

Les médecins rapportaient que suite à la participation à un programme d'ETP, les patients semblaient avoir acquis des connaissances et des compétences pour la gestion de leur maladie diabétique. Ceci leur permettait de lever les freins initiaux ressentis, afin d'adapter leur quotidien pour accepter de continuer à « *vivre avec la maladie* ».

Il a été également constaté un impact positif de l'ETP sur la qualité de vie des patients présentant un DT2, bien que ce domaine soit initialement peu exploré de façon spontanée par les médecins lors des consultations de suivi. La participation au programme d'ETP a permis aux patients d'agir sur plusieurs aspects de leur vie quotidienne, qui se trouvaient impacter par le DT2, et ont pu ainsi mettre en place des éléments pour « *se sentir mieux* », malgré l'évolution de la maladie. La relation avec leur entourage s'est trouvée améliorée. Ils ont pu acquérir une autonomie qui leur a permis d'adapter et simplifier leur quotidien.

Par ailleurs, les médecins rapportaient une influence des programmes d'ETP sur la relation médecin-malade, qui se trouvait facilitée. Ils reconnaissaient un changement dans leur attitude face à leurs patients, et insistaient sur le changement de paradigme majeur qui s'opérait, à savoir une relation davantage centrée sur le patient, au lieu du paternalisme qui pouvait prédominer auparavant. Ainsi, la démarche de l'ETP leur permettait de remettre le patient au centre de la prise en charge, en prenant davantage en compte ses attentes et son vécu avec la maladie. En effet, améliorer la qualité de vie des malades implique de porter une attention plus importante à la diminution des contraintes, avec un changement relatif de point de vue, afin de prendre en compte non seulement l'équilibre biologique, mais aussi l'aspect psychologique du vécu avec la maladie (16). Cette approche « *centrée sur le patient* » permet alors de partir du patient pour prendre en compte ses priorités et préoccupations, au même niveau que celles du médecin, afin de travailler ensemble à la mise en place de traitements pour protéger la qualité de vie à court terme aussi bien qu'à long terme (17).

Enfin, plusieurs médecins interrogés signalaient avoir pris conscience de l'intérêt de la démarche de l'ETP lors de la réalisation de ce travail de thèse, expliquant également qu'une formation pratique leur manquait afin de mettre en place l'ETP, la promouvoir et ainsi mieux l'intégrer dans la prise en charge du DT2.

Forces et limites de l'étude

1. Forces

L'originalité de ce travail était de tenter d'évaluer l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de DT2, de deux programmes d'ETP validés par l'ARS, dans le département du Maine-et-Loire.

Cette étude a permis de s'intéresser à la mise en place de ces programmes en ambulatoire, et de s'intéresser au bien être des patients ainsi qu'à la gestion de la maladie, d'après les retours qu'ils pouvaient faire à leur médecin traitant. Ce dernier occupe en effet une place essentielle dans le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du DT2.

L'approche de l'étude a permis de collecter des informations relatives aux patients, notamment concernant leurs expériences et représentations, afin de mieux comprendre leur vécu de la maladie.

Le recrutement initial des patients a été réalisé en variation maximale, permettant ainsi de varier au maximum le profil des personnes interrogées, pour assurer une hétérogénéité de l'échantillonnage. La validité interne du travail a été recherchée par le double codage réalisé conjointement avec le directeur de thèse.

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critère de qualité COREQ ; la saturation des données été confirmée par la réalisation de trois entretiens supplémentaires qui n'ont pas mis en évidence de nouvelle donnée.

2. Limites

La première limite de ce travail résidait dans le fait que les patients n'avaient pas pu être interrogés directement. Ainsi, il existait peut-être un biais lié au fait que ce sont les médecins qui rapportaient les éléments concernant leurs patients. La retranscription des paroles et des ressentis des patients pouvait donc peut-être déformée ou interprétée, selon ce que le patient voulait dire, disait véritablement, et comment le médecin percevait ses propos. De plus, la méthode déclarative constituait un biais pour l'interprétation des données récoltées.

Par ailleurs, l'inexpérience de l'étudiante réalisant sa première étude qualitative pouvait influencer la qualité et la maîtrise des entretiens. L'analyse au fil de l'eau retrouvait dans les premiers entretiens, une non-exploration de certains thèmes abordés par les médecins. L'adaptation secondaire du guide d'entretien, avait permis une meilleure qualité des relances, au fur et à mesure de l'avancement des interviews.

L'échantillonnage était ciblé et diversifié, mais le recrutement de certains médecins était facilité par la présence de l'étudiante au sein de la MSP, lors des stages effectués durant le cursus de formation du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale, ce qui avait pu constituer un biais dans la sélection, mais également dans l'échange avec les médecins lors des entretiens. Ces derniers pouvaient peut-être se sentir plus à l'aise (ou au contraire plus gênés) face à l'étudiante, pour répondre aux différentes questions. De plus, les médecins interrogés étaient peut-être influencés et davantage impliqués dans la démarche de l'ETP, étant donné leur intégration à la MSP au sein de laquelle se déroulait le programme.

Enfin, concernant la méthode d'évaluation, la mesure de l'impact du changement dans les habitudes de vie et la satisfaction des patients vis-à-vis du programme sont des notions subjectives et peuvent fluctuer et changer au cours du temps. Cet élément n'a pas pu être évalué lors des entretiens, les patients ayant participé à l'ETP dans l'année précédant le début des entretiens. Ainsi, il pouvait exister un biais de mémorisation des médecins lié à ce délai entre la fin du programme et le moment où les médecins étaient sollicités pour ce travail.

Comparaison avec les données de la littérature

2.1. Amélioration de la qualité de vie

Impact sur la vie quotidienne et prise de conscience

Les médecins rapportaient un changement dans les habitudes de vie et dans la gestion du quotidien chez les patients ayant participé à l'ETP. Ils signalaient que les patients étaient « *satisfaits* » et « *contents* » de leur participation à l'ETP, notamment en ce qui concerne l'activité physique, l'alimentation et l'adaptation du contexte socio professionnel. Cet élément a également été retrouvé dans la thèse du Dr C. Ferment réalisé en 2017, cherchant à évaluer les connaissances et la satisfaction des patients ayant participé à des séances éducatives à Mimizan, et qui mettait en évidence une satisfaction des patients et de leur médecin, en termes d'alimentation et de gestion des traitements (18).

Plusieurs aspects de la vie des patients ont ainsi été identifiés comme affectés par l'ETP : la « *gestion des repas* », « *l'activité professionnelle* », « *l'activité physique* », « *les loisirs* », « *la relation avec l'entourage* », « *la connaissance et la gestion de la maladie* » ainsi que la relation du médecin avec le patient, aboutissant ainsi à une amélioration de leur qualité de vie.

Ce résultat rejoint celui de l'étude QUODIEM où 63% des patients avaient répondu avoir une bonne santé à l'item « *bien être général* » du DQOL (Diabetes Quality Of Life measure), questionnaire spécifique élaboré en 1988 initialement pour le diabète de type 1, adapté ensuite pour le DT2 (19). Une thèse réalisée en 2016 avait permis de mettre en évidence une amélioration significative de la qualité de vie des participants au programme de soins Diablim, dans le Limousin, malgré un faible échantillon pour l'analyse statistique et la participation préalable à un programme d'ETP de certains patients (20).

Les modifications comportementales ainsi mises en place avaient nécessité une démarche d'acceptation de la maladie, qui a été favorisée par l'ETP. Pour André Grimaldi, cette étape préalable était assimilée à un travail de deuil (21). Dans le cadre des maladies chroniques comme le DT2, il s'agit de réaliser « *une profonde réorganisation psychique et une appropriation de la maladie* », afin de vivre le mieux possible avec les contraintes de la maladie et y faire face, afin qu'elle ne soit pas vécue comme un handicap (22).

Rencontres et échanges

Les patients déclaraient être satisfaits du déroulement des ateliers de groupe, pouvant ainsi échanger avec d'autres patients, dans un autre contexte que le cabinet médical et le face à face avec leur médecin traitant. La thèse du Dr L. Schummer confirme ce résultat sur les nombreux avantages de l'ETP en groupe (23). Ainsi, dans le groupe, les patients pouvaient échanger, partager leurs expériences, exprimer leurs sentiments, poser des questions, parler de leur vécu, apprendre des autres. L'appartenance à un groupe a été montrée comme facilitant l'apprentissage et les changements de comportement (24) (25).

Quelques programmes d'ETP intégraient d'ailleurs un patient à l'équipe de soins, avec des retours positifs malgré un bénéfice global qui restait discutable (26). Ce concept du « *patient ressource* », ou du « *patient expert* », se retrouve également dans la littérature, avec des avis controversé (27) (28).

En revanche, quelques médecins signalaient que les séances individuelles leur paraissaient plus adaptées pour un suivi plus personnalisé, ce qui est en accord avec l'étude ENTRED 2007, montrant que les patients souhaitaient un complément éducatif individuel lors du suivi au long cours (12).

Il serait peut-être intéressant de proposer l'ETP en alternant les séances individuelles et les réunions de groupe, afin de pouvoir s'adapter au mieux aux attentes des patients. Plusieurs études comparatives réalisées n'ont d'ailleurs pas montré de différence significative en terme d'efficacité entre les séances de groupe et les entretiens individuels (24).

Objectif biologique et qualité de vie

Les médecins signalaient également une amélioration de l'HbA1c suite à la participation à l'ETP, ce qui est en accord avec plusieurs études (18) (29). En revanche, certains d'entre eux expliquaient ne pas faire de lien entre l'amélioration de la qualité de vie, et le résultat satisfaisant de l'HbA1c, reflet de l'équilibre du diabète. En effet, le bon équilibre diabétique n'est pas toujours le reflet d'une qualité de vie améliorée. Comme le souligne Sultan et al., le lien entre les comportements des patients face aux soins et l'équilibre glycémique souhaité par

les médecins n'est pas si évident. Une attention particulière devrait alors être accordée à la prédiction du comportement du malade par rapport à sa maladie et ce qui les détermine, afin de favoriser l'adhésion au traitement et au suivi (30). Il s'agirait pour les médecins dans ce cadre, d'être davantage centrés sur le patient, ses représentations, son vécu, ses attentes et ses besoins, plutôt que centrés sur la maladie.

2.2. Gestion de la maladie

Les médecins étaient satisfaits de la prise en charge en ETP au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Ce résultat a également été retrouvée dans la thèse de Dr Ferment (18). Plusieurs médecins considéraient l'ETP comme un outil pour se décharger en cas de difficulté de prise en charge. D'autres en revanche y voyaient un complément à leur prise en charge. Si certains médecins signalaient avoir remarqué un changement dans le comportement des patients suite à la participation au programme, ils s'interrogeaient néanmoins sur la pérennisation du résultat et de son impact au long cours.

De plus, les médecins rapportaient que les patients appréciaient le recours aux autres professionnels de santé, leur permettant ainsi d'aborder avec ces derniers des éléments dont ils n'auraient pas discuté avec leur médecin traitant.

Par ailleurs, les patients signalaient à leur médecin avoir pu acquérir des connaissances sur la maladie, ses complications, sa prévention et ses traitements. L'étude ENTRED réalisée sur le plan national entre 2007 et 2010 a porté sur 4 226 patients diabétiques dont 3 847 de type 2 et avait pour objectif de caractériser la démarche éducative proposée aux patients et d'évaluer leurs besoins. Parmi les patients atteints de DT2 interrogés, 76% étaient en demande d'informations sur l'alimentation et les complications du diabète (31). En effet, les médecins expliquaient qu'il était parfois difficile pour les patients de « *vivre avec le diabète* », du point de vue surtout du contrôle de l'alimentation et de « *la gestion des repas* » au quotidien, tout en s'adaptant notamment aux « *contraintes socio-professionnelles* ». Ils exprimaient ainsi une certaine « *lassitude* » liée aux différents régimes, dont le caractère restrictif était vécu comme une contrainte supplémentaire. Une adaptation des concepts diététiques à la réalité de la vie quotidienne paraît primordiale, afin de concilier les objectifs de santé, sans oublier un certain plaisir, comme le souligne l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) (32).

Par ailleurs, l'activité professionnelle semblait être impactée par le DT2, surtout pour les patients actifs, qui cherchaient à concilier une alimentation régulière et adaptée, en particulier lors du travail en équipe, ou lorsqu'ils étaient amenés à avoir beaucoup de repas au restaurant. Les médecins rapportaient que la participation à l'ETP permettait aux patients de mieux s'adapter à ces contraintes professionnelles, en adaptant par exemple plus aisément leurs choix de menu. Ce résultat est en accord avec ceux de l'étude de DAWN 2 qui retrouvait un impact majeur du DT2 sur les loisirs et le travail (33).

Enfin, en ce qui concerne l'activité physique, cette dernière était moins régulièrement citée par les participants. Ce résultat est en accord avec la thèse des Dr H. Cohade et L. Vanhove réalisée en 2017, qui visait à explorer le ressenti des patients présentant un DT2, ayant participé à un programme d'ETP au sein d'une MSP et qui a montré que les patients avaient fait moins d'effort sur l'activité physique que sur la diététique (34).

Il apparaît néanmoins dans la littérature que l'activité physique semble être moins développée dans les programmes d'ETP que la diététique. L'enquête Diabasis montrait en effet que les habitudes alimentaires sont les plus fréquemment modifiées (50 %), alors que la pratique d'une activité physique reste beaucoup plus difficile à mettre en place (seulement 30 %) (35). Cependant, plusieurs études internationales montrent que cette dernière a un rôle primordial dans l'amélioration de l'équilibre glycémique (36) (37).

Le premier frein au développement de l'activité physique sont les représentations des patients, associant diabète et « mauvaise alimentation », et activité physique et « sport compétitif ». Ainsi, quelques patients exprimaient l'idée qu'ils ne pensaient pas pouvoir pratiquer une activité physique adaptée à leur physique et à leurs capacités, alors que cette dernière a toute sa place dans le parcours de soins du patient diabétique. La HAS a d'ailleurs émis des recommandations pour la prescription de l'activité physique sur ordonnance (38). De plus, il existe des contraintes organisationnelles pour les professionnels encadrant les programmes, ainsi que des contraintes horaires des patients pour y participer. Ces difficultés pourraient être en partie résolues par la mise en place de programmes d'ETP de proximité, permettant un accès facilité sur un même territoire.

2.3. Représentations et diabète de type 2

Une maladie silencieuse et de nombreuses représentations

Le diabète est une maladie silencieuse, où les patients ne ressentent pas initialement de symptômes traduisant l'existence d'une maladie. Ils rapportaient ainsi à leur médecin traitant « *ne pas se sentir malade* », et il était difficile pour eux de s'adapter au quotidien en vivant avec une prise en charge de la maladie qui affectait leur qualité de vie (consultations, traitements, ...), plus que la maladie elle-même. En effet, les patients se rendaient compte de leur maladie du fait d'un résultat biologique ou de l'annonce du diagnostic par le médecin. Cet élément est retrouvé dans l'enquête Diabasis qui montrait que les patients s'estimaient en bonne santé tout en admettant que le diabète était une maladie grave (35).

Ainsi, les médecins rapportaient que « *prendre conscience* » de l'existence de la maladie a des répercussions sur la vie quotidienne des patients, avec des difficultés pour ces derniers de « *vivre avec le diabète* » de la « *meilleure façon possible* ». Ces difficultés sont indéniablement liées aux représentations et émotions ressenties par les patients, qui influencent le changement de comportement de chaque patient. Ces représentations étaient surtout liées dans cette étude à « *l'héritage familial* », à la « *peur de l'insulinothérapie* » et à la « *crainte de l'amputation* ». Il est donc nécessaire que ces éléments soient abordés dans la prise en charge de la maladie chronique, pour que les patients puissent verbaliser et exprimer leurs représentations vis-à-vis du diabète. Ceci permettrait de comprendre les attitudes et les comportements des patients, afin de permettre une meilleure prise en charge (30). En effet, l'action des médecins se construit autour d'objectifs de prise en charge définis, afin de prévenir les complications et permettre un équilibre glycémique. Cette prise en charge doit inclure une amélioration de la qualité de vie et une prise en compte des facteurs qui sont à l'origine des comportements des patients atteints de DT2. Ces « *facteurs centraux* », cités par Sultan et al., sont les émotions négatives, les styles adaptatifs, la représentation de la maladie et la perception de la menace. Une grande partie du devenir de la maladie repose alors sur ces comportements au stade initial de la maladie et influencent l'adhésion ultérieure au traitement.

Gestion et prise en charge de l'anxiété

Les patients ont exprimé une « *anxiété* » et une peur, relatives au diagnostic de la maladie. Ces sentiments étaient quelques fois à l'origine d'un déni ou d'une difficulté majeure à l'acceptation de la maladie, ce qui constituait une entrave à la prise en charge. Cet élément est retrouvé dans plusieurs thèses s'intéressant au vécu des patients diabétiques (39) (40).

De plus, l'étude internationale DAWN 2, a montré que 43% des patients atteints de DT2 présentaient des inquiétudes inhérentes notamment au risque de survenue de complications de la maladie (41). Dans ce travail, cette peur exprimée par les patients et rapportée par les médecins concernait surtout l'insulinothérapie. Cet élément est également retrouvé dans l'étude ENTRED 2007, qui mettait en évidence que 37% des patients diabétiques « *ne voyaient pas l'avenir avec confiance* » (12).

Cette anxiété liée au retentissement de ces complications sur l'avenir pourrait être expliquée par la prévalence des troubles anxieux qui sont plus marqués chez les personnes diabétiques (42). Par ailleurs, Carper et al. avaient suggéré que la dépression et la sévérité du diabète avaient un impact péjoratif sur la qualité de vie des patients (43). Plusieurs médecins signalaient lors des entretiens, qu'une prise en charge en « *psychothérapie* » leur semblait importante dans le cadre des programmes d'ETP. Il pourrait donc être important d'inclure un dépistage systématique de la dépression, ainsi qu'une prise en charge adaptée en plus du soutien psychologique prévu dans le diagnostic initial de l'ETP. Plusieurs études ont ainsi montré que les besoins des patients étaient surtout psychosociaux (44) (45).

En effet, une récente étude montrait un effet bénéfique de la thérapie cognitivo-comportementale pour la prise en charge des patients diabétiques présentant un syndrome anxio-dépressif (46)

2.4. Freins à la participation au programme d'ETP

La proximité géographique est un argument fort avancé par les patients et les médecins, pour permettre une meilleure accessibilité à l'ETP. Plusieurs patients signalaient que le manque de « temps » était la première contrainte pour se rendre aux différentes réunions et ateliers, d'autant plus s'ils se déroulent loin de leur lieu d'habitation. Ainsi, une thèse réalisée en 2015 avait montré que la facilité d'accès au programme permettait d'alléger ces contraintes de déplacement et de temps (29). De plus, l'ETP réalisée en proximité semblait favoriser les rencontres locales, en permettant des échanges, une convivialité et une motivation nécessaires pour participer plus facilement et plus régulièrement aux réunions. En effet, les patients rapportaient à leur médecin apprécier les échanges et le partage d'expérience avec les autres patients, se retrouvant ainsi pour des activités en dehors du cadre du programme d'ETP. Cette proximité permettrait également une prise en compte des modalités culturelles de la vie locale, notamment vis-à-vis de l'alimentation, afin de comprendre au mieux les habitudes alimentaires et comportementales des patients.

Par ailleurs, une étude a évalué en 2010 l'impact d'un programme d'ETP des diabétiques en MSP. Ainsi, pour l'équipe, les facteurs de réussite résideraient dans la réalisation d'une ETP sur le lieu de soins primaires habituel des patients et par des professionnels de santé qui leur sont familiers, afin d'assurer une continuité dans le temps. Ce résultat se retrouve également dans l'étude ENTRED 2007, précisant que les freins principaux à la démarche éducative entaient en premier lieu le manque de temps puis le « *manque de professionnels ou de structures relais pour prolonger l'éducation* ».

Perspectives et propositions

Plusieurs médecins signalaient proposer l'ETP à leurs patients en cas de difficulté dans la prise en charge, lorsque l'équilibre du diabète n'était pas atteint et que la situation semblait « *échapper* » à tout contrôle ne permettant pas de répondre aux objectifs glycémiques définis. Suite à la participation au programme, la majorité des médecins interrogés mentionnait l'importance de la réalisation de l'ETP précocement dans la prise en charge, voire dès le diagnostic initial, pour obtenir un meilleur accompagnement du patient pour la gestion de la

maladie et l'amélioration de la qualité de vie. Cet élément est en accord avec les recommandations faites par la HAS (11).

Il est ainsi nécessaire de promouvoir l'ETP en ambulatoire aussi bien auprès des professionnels de santé que des patients, pour la prise en charge du DT2 et des autres maladies chroniques. Pour cela, il serait pertinent d'évaluer les freins des patients, ainsi que les besoins des médecins traitants pour le développement de ces offres sur un même territoire.

L'étude ENTRED a montré que peu de patients avaient eu accès à l'ETP entre 2007 et 2010 (Rappel Ref ENTRED). Ils étaient cependant satisfaits d'y participer et modifiaient leurs comportements. Il paraît donc important de pouvoir poursuivre les efforts, afin de proposer l'ETP à tous les patients diabétiques. Cette étude a également permis de constater qu'en plus de la gestion thérapeutique, les médecins généralistes pratiquaient principalement de l'information et de la sensibilisation dans le cadre du suivi du DT2. En effet, dans une thèse réalisée en 2007 dans les départements de l'Indre et du Loiret, 96,90 % des médecins généralistes répondants disaient pratiquer l'éducation thérapeutique (47). Eric Drahi précise d'ailleurs que l'ETP est « *inhérente lors de toute rencontre entre un professionnel et un malade* ». Or, les médecins généralistes semblent « *avoir une vision incomplète de la nature de l'ETP* ». En effet, 9 médecins sur 10 reconnaissent le besoin de se perfectionner dans les savoir-faire utiles à la mise en œuvre d'une démarche éducative (12), la pratique de l'ETP étant plus fréquente chez les médecins généralistes formés à celle-ci (48). Il paraît donc primordial de pouvoir sensibiliser les médecins dès leur formation initiale et de proposer des formations continues lors du parcours universitaire en médecine générale, afin de généraliser sa pratique. Il paraît primordial de pouvoir associer le patient à chaque étape de la prise en charge, afin d'arriver à un consensus entre les priorités du médecin, et celles du patient.

Par ailleurs, une réflexion concernant un modèle de rémunération dédié pour le médecin et des avantages pour les patients, pourrait être intéressante à mener, comme c'est le cas dans certains pays européens (49). De même, la pratique de l'ETP doit être reconnue et valorisée.

Enfin, il serait pertinent d'intégrer systématiquement une évaluation standardisée de la qualité de vie dans l'évaluation de ces programmes, afin d'avoir une vision homogène sur le déroulement de ces programmes sur le territoire et au long cours, et permettre ainsi un égal accès à l'ETP dans les bassins de vie. Par ailleurs, une étude comparative incluant l'ensemble

des programmes (hospitaliers et ambulatoires) sur un même territoire, permettrait d'optimiser les prises en charge, en proposant aux patients un programme répondant au mieux à leurs attentes et à leurs besoins. Il paraît important de favoriser le lien entre la ville et l'hôpital pour un meilleur accès aux soins et une prise en charge du patient plus adaptée, plus personnalisée et plus globale. De même, il est nécessaire de développer une meilleure communication entre les soignants pratiquant l'ETP et les autres professionnels de santé de proximité.

CONCLUSION

La prise en charge du DT2 nécessite que le patient soit acteur, d'une part parce que cette maladie est en partie une conséquence du mode de vie du patient, d'autre part parce que les traitements médicamenteux ont leurs limites.

L'ETP représente aujourd'hui une pratique qui ne peut être dissociée de la thérapeutique. Plusieurs études démontrent son impact sur le DT2, en termes de morbidité, de qualité de vie et de coût. Elle englobe des concepts plus vastes que le seul apport de connaissances d'un expert, le médecin, à un initié, le patient. C'est une véritable démarche qui doit permettre une adaptation de la communication entre le médecin et le patient, afin que la relation soit davantage centrée sur le patient, pour une meilleure prise en compte de son vécu, de ses attentes et de ses besoins.

Les médecins rapportaient dans cette étude que les patients ayant participé à des programmes d'ETP en ambulatoire, dans le département du Maine-et-Loire, semblaient en effet avoir acquis des connaissances et des compétences pour mieux gérer le DT2. Les freins initiaux ressentis comme une entrave pour adapter le quotidien (alimentation, activité physique, profession, loisirs, ...) et vivre avec la maladie, avaient pu être levés, leur permettant ainsi de développer une autonomie pour simplifier et améliorer leur qualité de vie.

L'ETP a eu une influence positive dans la relation qui existe entre le médecin et le malade, en la recentrant plus sur le patient et moins sur la maladie. Ainsi, les priorités du médecin et les attentes du patient pouvaient mieux se rencontrer, permettant ainsi une prise en compte non seulement du caractère biomédical de la prise en charge, mais également de la dimension psychosociale, afin de permettre au patient de se sentir mieux. Plusieurs médecins ont pris conscience de la nécessité d'explorer cette qualité de vie au travers du vécu du patient, de ses choix et de ses représentations concernant la maladie, et ont ainsi mesuré l'importance de l'ETP suite à la réalisation de ce travail. Ce domaine n'était pas exploré spontanément par les médecins traitants, plusieurs d'entre eux signalant ne pas avoir considéré la qualité de vie des patients comme un élément faisant partie intégrante de la prise en charge. En s'intéressant aux besoins des patients et à leurs difficultés, le médecin traitant peut alors les encourager à poursuivre au long cours les modifications de comportement qu'ils opèrent. Il paraît donc indispensable d'intégrer dans l'évaluation de l'équilibre de la maladie diabétique le ressenti et

le vécu du patient, ainsi que les difficultés à appliquer des changements. Ceci nécessite de soutenir sa motivation en renforçant « son estime de soi ».

Enfin, plusieurs médecins insistaient sur la nécessité d'une formation adaptée, dès le cursus initial, ou lors de la formation continue, afin de mieux connaître le déroulement, les indications et les résultats de l'ETP dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. L'ETP pourrait alors se développer en s'appuyant sur des médecins généralistes sensibilisés aux mécanismes pédagogiques et psychologiques de l'ETP, afin de l'intégrer durablement en ambulatoire. Des travaux de recherche complémentaires seraient intéressants à mener, incluant l'ensemble des programmes mis en place sur un même territoire, afin de permettre d'optimiser les prises en charge, en proposant aux patients un programme qui puisse répondre au mieux à leurs attentes et leurs besoins.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. 2006. [Internet]. WHO. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis_diabetes2006/en/
2. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014 ; (30-31) :493-9 [En ligne] http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_1.html. 2017;6.
3. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf
4. Haute autorité de santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation. Juin 2007. [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf
5. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease., traduit en français en 1998. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
6. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
7. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. 2010-904 août 2, 2010.
8. Haute Autorité de Santé. Programme d'éducation thérapeutique: la HAS publie un guide pour l'auto-évaluation annuelle. Avril 2012. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/2clics_autoevaluation_programme_etp.pdf
9. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la maladie chronique. Analyse économique et organisationnelle. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf
10. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. juin 2013;5(1):201-4.
11. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique. Juin 2007 [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf

12. Fournier, C ; Gautier, A ; Attali, C ; Bocquet-Chabert, A ; Mosnier-Pudar, H ; et. al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, In: pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin épidémiologique, Vol. 42 - 43, p. 460 - 464 (2009) hebdomadaire. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
13. Rapport Igas (Inspection générale des affaires sociales). RM2012-033P. Evaluation de la prise en charge du diabète. Avril 2012. Recommandations n°11, 13 et 16. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P_Diabete_RAPPORT_TOME_I.pdf
14. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Liste des programmes d'éducation thérapeutique autorisés au 31 décembre 2016 [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/programme-education-therapeutique-patient-pays-de-la-loire_0.pdf
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.
16. Bradley C. Importance of differentiating health status from quality of life. Lancet Lond Engl. 6 janv 2001;357(9249):7-8.
17. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA. 2 juill 1997;278(1):47-50.
18. 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.
19. Senez B, Felicioli P, Moreau A, Goaziou M-FL. Évaluation de la qualité de vie des diabétiques en médecine générale. Étude QUODIEM (Qualité de vie et Observance des patients DIabétiques de type 2 En Médecine générale). /data/revues/07554982/00330003/161/ [Internet]. 1 mars 2008 [cité 17 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/102141>
20. Mohsen M. Impact d'un programme de soins d'éducation thérapeutique sur la qualité de vie de patients diabétiques de type 2 [Internet]. 2016 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=th%C3%A8se+etp+diab%C3%A8te+limousin&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwiwpenHmsLdAhUMmRoKHX-UALQQBQgkKAA&biw=1023&bih=744>
21. Grimaldi A. La maladie chronique. Trib Santé. 2006;no 13(4):45-51.
22. Baghdadli A, Gely-Nargeot MC. Maladie chronique: L'appropriation d'une maladie chronique. Laboratoire EA 4556 Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé. 2016.
23. Schummer L. Impact de l'éducation thérapeutique sur le vécu et le ressenti du patient diabétique de type II : étude qualitative. 2013. Dijon.

24. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique du patient* et diabète de type 2 : que nous apprend la littérature? *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2007;1(3):80-7.
25. Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Educ Res*. avr 2003;18(2):191-206.
26. Griffiths C, Foster G, Ramsay J, Eldridge S, Taylor S. How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? *BMJ*. 16 juin 2007;334(7606):1254-6.
27. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal Model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015;S1(HS):41.
28. Colas C. Le patient expert, le patient ressource, le patient aidant ou tutoriel... Qui est-il ? Un nouveau professionnel de santé ? Quel rôle peut-il jouer ? Exercera-t-il un contre-pouvoir s'il possède « le » savoir ? *Médecine Mal Métaboliques*. oct 2015;9(6):575-8.
29. Laboue J. Impact d'une éducation thérapeutique proposée en proximité chez des patients diabétiques de type 2 vivant en territoire rural. Etude qualitative dans le cadre de la coopération entre le réseau Diabète 49 et les nouvelles maisons de santé pluriprofessionnelles de Baugé et Noyant. Juin 2015. Angers.
30. Sultan, S ; Hartmann-Heurtier, A ; Grimaldi, A. Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie évolutive qui commence avant son début. *Diabetes Metab* 2003,29, 3S21-3S30. *Diabetes Metab* 2003;29 3S21-3S30.
31. Institut de veille sanitaire (France), Département Maladies chroniques et traumatismes. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010: caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint-Maurice; [La Plaine-Saint-Denis]: Institut de veille sanitaire ; Régime social des indépendants : INPES [etc.]; 2012.
32. INPES - Nutrition : Les guides alimentaires du PNNS [Internet]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/nutrition/nutrition_guides_alimentaires.asp
33. Consoli S-M. Qualité de vie, impact émotionnel et fardeau ressenti par les personnes vivant avec un diabète et leurs proches, dans l'étude DAWN2TM. *Médecine Mal Métaboliques*. déc 2013;7:S17-24.
34. Cohade H, Vanhove L. Ressenti des patients diabétiques type 2 ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle. 2016;82.
35. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : comment le patient diabétique perçoit son traitement et son suivi ? /data/revues/19572557/00030005/538/ [Internet]. 2 déc 2009 [cité 17 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/235797>
36. Hussain A, Claussen B, Ramachandran A, Williams R. Prevention of type 2 diabetes: a review. *Diabetes Res Clin Pract*. juin 2007;76(3):317-26.

37. Kavookjian J, Elswick BM, Whetsel T. Interventions for being active among individuals with diabetes: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ.* déc 2007;33(6):962-88; discussion 989-990.
38. Haute autorité de santé. Promotion et prescription d' une activité physique adaptée. [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/7._activite_physique_adaptee_as_v2.pdf
39. Simon E. Place de l'éducation thérapeutique face aux besoins des patients diabétiques de type 2 : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. 2012. Nantes.
40. Champiot C, Faure J. Vécus et représentations des patients pris en charge pour un diabète de type 2 : une étude qualitative. Grenoble ; 2016.
41. Peyrot M, Burns KK, Davies M, Forbes A, Hermanns N, Holt R, et al. Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): a multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract.* févr 2013;99(2):174-84.
42. Smith KJ, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G, et al. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* févr 2013;74(2):89-99.
43. Carper MM, Traeger L, Gonzalez JS, Wexler DJ, Psaros C, Safren SA. The differential associations of depression and diabetes distress with quality of life domains in type 2 diabetes. *J Behav Med.* juin 2014;37(3):501-10.
44. Maes A. Analyse croisé des besoins éducatifs des patients diabétiques de type 2 hospitalisés du point de vue des patients et des soignants : perspectives pour le développement d'une démarche éducative pendant le temps d'hospitalisation. Grenoble ; 2013. Mémoire de Pharmacie.
45. Besserve M. Les attentes des patients diabétiques de type 2 en ce qui concerne la prise en charge de leur maladie. Clermont ; 2014. Thèse de Doctorat en Médecine.
46. Semenkovich K, Brown ME, Svrakic DM, Lustman PJ. Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs.* avr 2015;75(6):577-87.
47. Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. mai 2007, volume 3, N°5, pp. 229-234;
48. Union Régionale des Médecins Libéraux Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010. [Internet]. [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>
49. Derlon J-J. ETP : une démarche profitable à tous ? *Rev Prat Médecine Générale* 4 Oct 2010;248:630 À 632.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	23
---	----

TABLE DES MATIERES

RESUME	10
INTRODUCTION.....	11
MATERIELS ET MÉTHODES.....	19
RÉSULTATS.....	22
Caractéristiques des participants.....	22
Caractéristiques des entretiens.....	23
Résultats des entretiens.....	23
1. Point de vue des médecins concernant les programmes d'ETP	23
1.1. Attentes des médecins vis-à-vis de l'ETP	23
Aide à la consultation pour le suivi chronique.....	23
Acceptation de la maladie chronique.....	25
Passage à l'action (ou à l'inaction).....	26
1.2. Impact de l'ETP sur les patients	26
Gestion de la maladie.....	27
<u>Observance des traitements</u>	27
<u>Suivi de la maladie</u>	27
Relation médecin-malade	28
Qualité de vie	30
<u>Autonomie</u>	30
<u>Compréhension et connaissance</u>	30
<u>Point de départ pour aborder la qualité de vie en consultation</u>	31
1.3. Propositions concernant le déroulement de l'ETP.....	31
2. Point de vue des patients ayant participé à un programme d'ETP en ambulatoire ...	33
2.1. Qu'est-ce qui peut empêcher les patients de participer ?	33
La peur.....	33
Le déni	33
La lassitude.....	33
La méconnaissance du résultat éventuel	34
La contrainte du temps.....	34
2.2. Qu'est-ce qui peut leur donner envie de participer ?	34
La prise en charge financière	34
Le désir de devenir acteur dans la prise en charge de sa maladie	35
La rencontre avec les autres patients.....	35
Un motif inattendu	36
2.3. Relation avec la maladie diabétique	36
Représentations sur la maladie	36
Gestion de la maladie.....	37
2.4. Impact en terme de qualité de vie	38
Se sentir plus serein	38
Autonomisation	39
Prise de conscience et habitudes de vie.....	39
Simplification et adaptabilité.....	40
Insertion familiale et socio-professionnelle	40
3. Différences de perception	41
DISCUSSION.....	42

Principaux résultats de l'étude	42
Forces et limites de l'étude	43
1. Forces	43
2. Limites	44
Comparaison avec les données de la littérature	45
2.1. Amélioration de la qualité de vie	45
2.2. Gestion de la maladie.....	47
2.3. Représentations et diabète de type 2	49
2.4. Freins à la participation au programme d'ETP	51
Perspectives et propositions	51
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	56
LISTE DES TABLEAUX	60
TABLE DES MATIERES.....	61
ANNEXE 1 : Carte du département du Maine-et-Loire	I
ANNEXE 2 : Programme des activités de l'association REMMEDIA 49 d'avril à juillet 2018	II
ANNEXE 3 : Programme « Mieux vivre avec son diabète » de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle Jean Bernard Sud à Cholet	VIII
ANNEXE 4 : Évaluation des compétences concernant le diabète avant et après la participation au programme « Mieux vivre avec son diabète »	IX
ANNEXE 5 : Avis du comité d'éthique du CHU d'Angers dans sa séance du 31 janvier 2018	X
ANNEXE 6 : Guide d'entretien.....	XI
ANNEXE 7 : Critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)	XII
ANNEXE 8 : Formulaire de consentement à destination des médecins interviewés	XV
ANNEXE 9 : Caractéristiques épidémiologiques des patients sélectionnés ayant participé à l'ETP.....	XVI
ANNEXE 10 : Retranscription d'un entretien	XVII


ANNEXE 1 : Carte du département du Maine-et-Loire



Source cartographique : Arctique


ANNEXE 2 : Programme des activités de l'association REMMEDIA 49 d'avril à juillet 2018

Page 1



REMMEDIA
Association pour l'accompagnement des personnes âgées


**Programme des activités de l'association REMMEDIA 49
d'avril à juillet 2018**




ars
Association pour le Renforcement des Services

Site internet : www.remmedia49.fr

Bonjour à toutes et tous,
L'équipe de REMMEDIA 49 vous propose des ateliers pratiques.
Choisissez et participez selon vos besoins aux séances proposées sur l'ensemble du Maine et Loire.
Pour vous inscrire ou pour avoir plus d'informations, contactez nous :

 Par téléphone : 02 41 44 05 38


 Par mail : contact@remmedia49.fr

Pour mieux vous accompagner, l'inscription préalable aux ateliers est indispensable. Pensez à nous prévenir si vous avez un empêchement, c'est important pour l'intervenant.

ANGERS

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES Atelier animé par Anaïs LEGROS et Ingrid Le POTTIER, diététiciennes

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Jeudi 5 avril	10h00 à 11h30	L'équilibre mes repas	Bâtiment IRSA 2 rue Marcel Pajotin à Angers (bus ligne 9 arrêt Arobasse)
Mercredi 11 avril	14h00 à 15h30	Petit déjeuner	
Vendredi 20 avril	10h00 à 11h30	Les graisses	
Jeudi 26 avril	10h00 à 11h30	Astuces pour perdre du poids	
Vendredi 4 mai	10h00 à 11h30	Idées de repas du soir	
Mardi 15 mai	17h30 à 19h00	Les sucres	
Jeudi 17 mai	14h00 à 15h30	Manger au restaurant	
Jeudi 24 mai	10h00 à 11h30	Déguster en pleine conscience	
Lundi 28 mai	14h00 à 15h30	Repas à petits prix	
Mardi 5 juin	10h00 à 11h30	Je mange avec mes sensations alimentaires	
Mercredi 13 juin	10h00 à 11h30	Épices et aromates	
Jeudi 21 juin	17h30 à 19h00	Décrypter les étiquettes	
Mercredi 27 juin	14h30 à 16h00	Idées de recettes d'été	
Mardi 3 juillet	10h00 à 11h30	Alimentation émotionnelle	
Jeudi 12 juillet	14h00 à 15h30	Comment gérer les invitations	




RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES Atelier animé par Ingrid Le POTTIER, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Lundi 14 mai	14h30 à 16h00	Astuces pour perdre du poids	Maison de Santé Hauts de St Aubin, 9 rue Marie-Armelle Cambell ANGERS tram arrêt Hauts St Aubin ; bus ligne 5 arrêt Fraternité
Lundi 18 juin	14h30 à 16h00	L'équilibre mes repas	

ATELIERS CUISINE Participation de 3€ Atelier animé par Anaïs LEGROS ou Ingrid Le POTTIER, diététiciennes

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Vendredi 27 avril	10h00 à 12h00	Elaboration d'une entrée, d'un plat, d'un dessert	Communiqué lors de l'inscription
Mercredi 2 mai	10h00 à 12h00		
Jeudi 3 mai	14h00 à 16h00		



LECTURE DES ÉTIQUETTES EN SUPERMARCHÉ Atelier animé par Ingrid Le POTTIER, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu	Informations
Mercredi 23 mai	10h00 à 11h30	Les étiquettes alimentaires	Communiqué lors de l'inscription	En réel, dans un supermarché

MANGEZ, BOUGEZ Atelier animé par Ingrid Le POTTIER, diététicienne et Anthony CHAUVIRE, éducateur d'activité physique adaptée

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Mercredi 4 juillet	10h00 à 11h30	Alimentation et activité physique	Bâtiment IRSA, 2 rue Marcel Pajotin à Angers

REMMEDIA 49 - Bâtiment UC-IRSA - 2, rue Marcel Pajotin - 49000 ANGERS - Tél. : 02 41 44 05 38 site : www.remmedia49.fr

ANGERS (suite)

COMPRÉHENSION DU DIABÈTE ET DE SES TRAITEMENTS

Atelier animé par le Dr Séverine DUBOIS, diabétologue

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Lundi 11 juin	16h00 à 17h30	Mieux connaître le diabète, ses causes et ses traitements. Echanger sur la maladie.	Bâtiment IRSA, 2 rue Marcel Pajotin à Angers (bus ligne 9 arrêt Arobase)

DENTS AVEC UN "D" COMME DIABÈTE

Atelier animé par le Dr Pascale GOSSE, dentiste

Date	Horaires	Thèmes	Lieu
Mardi 10 avril	15h00 à 16h30	Mieux connaître les liens entre diabète et dents. Comment prendre en charge ses dents.	Maison de Santé des Hauts de St Aubin, 9 rue Marie-Amélie Cambell ANGERS

tram arrêt Hauts St Aubin ; bus ligne 5 arrêt Fraternité

PRÉVENTION DU PIED DIABÉTIQUE

Atelier animé par Julien LALANDE, podologue

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Mardi 17 avril	10h30 à 12h00	Apprendre à protéger ses pieds pour éviter les lésions causées par le diabète.	Bâtiment IRSA 2 rue Marcel Pajotin à Angers (bus ligne 9 arrêt Arobase)

GROUPE DE PAROLES

Atelier conduit par Solène KERVAZO, psychologue

Cycle de 3 séances	Horaires		Lieu
Vendredi 20 avril	16h30 à 18h00		Bâtiment IRSA 2 rue Marcel Pajotin à Angers (bus ligne 9 arrêt Arobase)
Lundi 14 mai	16h00 à 17h30		
Mardi 5 juin	16h00 à 17h30		

ART THÉRAPIE


THÉÂTRE

Atelier conduit par Yannick RENAUD, art thérapeute

1ère séance	Horaires	Thèmes	Lieu
Jeudi 5 avril	16h30 à 18h30	Permet de mobiliser le corps, de réguler les émotions, améliorer la communication et favoriser le lâcher prise. (Cycle de 10 séances) <i>Atelier sous réserve d'un nombre suffisant de participants.</i>	Bâtiment IRSA, 2 rue Marcel Pajotin à Angers (bus ligne 9 arrêt Arobase)

ARTS-PLASTIQUES / ÉCRITURE

Atelier conduit par Yannick RENAUD, art thérapeute

1ère séance	Horaires	Thèmes	
Mercredi 11 avril	16h30 à 18h30	Permet de stimuler le potentiel créatif pour parvenir à un mieux être. (Cycle de 10 séances) <i>Atelier sous réserve d'un nombre suffisant de participants.</i>	

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Atelier animé par Anthony CHAUVIRE, éducateur d'activité physique adaptée


1ère séance	Horaires	Thèmes	Lieu
Mardi 24 avril	14h30 à 16h00	Programme d'activité physique adaptée à l'état de santé de chacun visant la souplesse, l'équilibre et la force musculaire.	11 rue Raspail à Angers



ANGERS (suite)

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE : POST - DIABETACTION

Atelier animé par Bouchra ALLAM, Jérémy BRACHE, Ophélie MOREAU, éducateurs d'activités physiques adaptées

1ère séance	Horaires	Thèmes	Lieu	
Mardi 3 avril	16h15 à 17h45	Programme d'activité physique adaptée à l'état de santé de chacun visant la souplesse, l'équilibre et la force musculaire.	11 rue Raspail à Angers	
Mercredi 4 avril	10h00 à 11h30			
Vendredi 6 avril	9h15 à 10h45 10h45 à 12h15			

MARCHE NORDIQUE (niveau avancé)

Atelier animé par Loïc FAIVRE, éducateur d'activité physique adaptée

Dates	Horaires		Lieu	Informations
Lundi 16 avril	16h30 à 17h30		Communiqué lors de l'inscription	Marche avec bâtons, renforcement musculaire, amélioration des capacités cardio-vasculaires.
Lundi 23 avril				
Lundi 14 mai				
Lundi 28 mai				
Lundi 18 juin				
Lundi 25 juin				

MARCHE NORDIQUE (niveau débutant)

Atelier animé par Anthony CHAUVIRE, éducateur d'activité physique adaptée

Dates	Horaires		Lieu	Informations
Vendredi 13 avril	14h00 à 15h00		Communiqué lors de l'inscription	Marche avec bâtons, renforcement musculaire, amélioration des capacités cardio-vasculaires. (une séance découverte gratuite)
Vendredi 20 avril				
Vendredi 18 mai				
Vendredi 25 mai				
Vendredi 1er juin				
Vendredi 15 juin				

MARCHE NORDIQUE (niveau débutant)

Atelier animé par Anthony CHAUVIRE, éducateur d'activité physique adaptée

Dates	Horaires		Lieu	Informations
Vendredi 18 mai	17h00 à 18h00		Communiqué lors de l'inscription	Marche avec bâtons, renforcement musculaire, amélioration des capacités cardio-vasculaires. (une séance découverte gratuite)
Vendredi 25 mai				
Vendredi 1er juin				
Vendredi 8 juin				
Vendredi 6 juillet				

QI GONG


Atelier animé par Dany ROYER-DENIS, professeur de Qi gong

1ère séance	Horaires		Lieu	Informations
niveau débutant			Bâtiment IRSA 2 rue Marcel Pajotin à Angers	Gymnastique douce qui aide à réguler l'appétit, diminuer la fatigue et améliorer le sommeil. Séance découverte gratuite
Lundi 23 avril	9h30 à 10h30			
Lundi 23 avril	11h00 à 12h00			

LE LOUROUX-BECONNAIS


LECTURE DES ÉTIQUETTES EN SUPERMARCHÉ Atelier animé par Claire BEDUNEAU, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Vendredi 6 avril	10h00 à 11h30	Les étiquettes alimentaires	Communiqué lors de l'inscription En réel, dans un supermarché



DENTS AVEC UN "D" COMME DIABÈTE Atelier animé par le Dr Pascale GOSSE, dentiste

Date	Horaires	Thèmes	Lieu
Mardi 15 mai	15h00 à 16h30	Mieux connaître les liens entre diabète et dents. Comment prendre en charge ses dents.	Salle Jeanne GUILLOT, Place de la Mairie Le LOUROUX-BECONNAIS




SEGRE

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES Atelier animé par Claire BEDUNEAU, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Mardi 22 mai	14h00 à 15h30	Cuisiner avec des épices et aromates	Pôle de santé 5 rue Joseph Cugnot SEGRE
Jeudi 14 juin		Idées de repas du soir	

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE Atelier animé par Ophélie MOREAU, éducatrice d'activité sportive adaptée

1ère séance	Horaires	Thèmes
Si vous êtes intéressé(e) par des séances d'Activité Physique Adaptée (initiation ou renforcement) à Segré à partir du jeudi 5 avril (de 10h00 à 11h30), contactez-nous pour de plus amples renseignements.		



SAUMUR


RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES Atelier animé par Emeline BIROT, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Jeudi 26 avril	14h00 à 15h30	L'équilibre mes repas	Espace Jean Rostand salle du gros Caillou rue Emmanuel Clairfond SAUMUR
Mardi 19 juin		Les sucres et notions d'index glycémique	

ATELIERS CUISINE Atelier animé par Emeline BIROT, diététicienne

Participation de 3 €

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Lundi 9 avril	9h45 à 11h45	Elaboration d'une entrée, d'un plat, d'un dessert	Communiqué lors de l'inscription
Vendredi 1er juin	14h00 à 16h00		
Mardi 3 juillet	14h00 à 16h00		



CHACE

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES Atelier animé par Emeline BIROT, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Vendredi 15 juin	9h45 à 11h15	Décrypter les étiquettes	Salle des Paillons, rue des Paillons à CHACE

REMEDIA 49 - Bâtiment UC-IRSA - 2, rue Marcel Pajotin - 49000 ANGERS - Tél. : 02 41 44 05 38 site : www.remmedia49.fr

CHATEAUNEUF-SUR-SARTHE

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Atelier animé par Valérie BOUILLAND, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Mardi 10 avril	10h00 à 11h30	Comment gérer les invitations	Salle du Moulin. Rez-de-chaussée (Quai de la Sarthe, à côté de la Maison de la Rivière et de l'Office du Tourisme).
Mardi 15 mai		Diabète et alimentation : les idées reçues	
Mardi 19 juin		Astuces pour perdre du poids	

PRÉVENTION DU PIED DIABÉTIQUE

Atelier animé par Julien LALANDE, podologue

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Vendredi 20 avril	14h30 à 16h00	Apprendre à protéger ses pieds pour éviter les lésions causées par le diabète.	Salle du Moulin. Rez-de-chaussée (Quai de la Sarthe, à côté de la Maison de la Rivière et de l'Office du Tourisme).

COMPRÉHENSION DU DIABÈTE ET DE SES TRAITEMENTS

Atelier animé par le Dr Séverine DUBOIS, diabétologue

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Vendredi 1er juin	16h00 à 17h30	Mieux connaître le diabète, ses causes et ses traitements. Echanger sur la maladie.	Salle du Moulin. Rez-de-chaussée (Quai de la Sarthe, à côté de la Maison de la Rivière et de l'Office du Tourisme).

ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Atelier animé par Anthony CROCHARD, éducateur d'activité physique adaptée

1 ère séance	Horaires	Thèmes	
Si vous êtes intéressé(e) par des séances d'Activité Physique Adaptée (initiation ou renforcement) à Chateaufort, à partir du mercredi 4 avril de 10h00 à 11h30, contactez-nous pour de plus amples renseignements.			



LE LION D'ANGERS

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Atelier animé par Valérie BOUILLAND, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Lundi 23 avril	10h00 à 11h30	Les sucres et notions d'index glycémique	Pôle Santé Social, 1 rue Philéas Fogg, Salle de réunion au 1er étage, Le LION D'ANGERS
Lundi 4 juin		Diabète et alimentation : les idées reçues	



BEAUPRÉAU

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Atelier animé par Gaëlle CAILLETON -TETEDOIE, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Jeudi 3 mai	14h00 à 15h30	Astuces pour perdre du poids	Maison de santé, 4 rue Ambroise Paré BEAUPRÉAU
Jeudi 14 juin		Cuisiner avec les épices et aromates	

CHOLET

RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Atelier animé par Véronique GARREAU, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Lundi 9 avril	14h00 à 15h30	Les sucres	58 rue St Bonaventure (entrée sur la gauche) à Cholet
Lundi 18 juin		De l'été dans nos assiettes	

ATELIERS CUISINE

Participation de 3 €

Atelier animé par Véronique GARREAU, diététicienne

Dates	Horaires	Thèmes	Lieu
Jeudi 17 mai	14h00 à 16h00	Elaboration d'une entrée, d'un plat, d'un dessert	Communiqué lors de l'inscription
Jeudi 28 juin			



QI GONG : cycle de 10 séances


Atelier animé par Dolores TRAINEAU, professeur de Qi gong

1ère séance	Horaires		Lieu	Informations
Mardi 3 avril	10h30 à 11h30		Communiqué lors de l'inscription	Gymnastique douce qui aide à réguler l'appétit, diminuer la fatigue et améliorer le sommeil.

ART THERAPIE

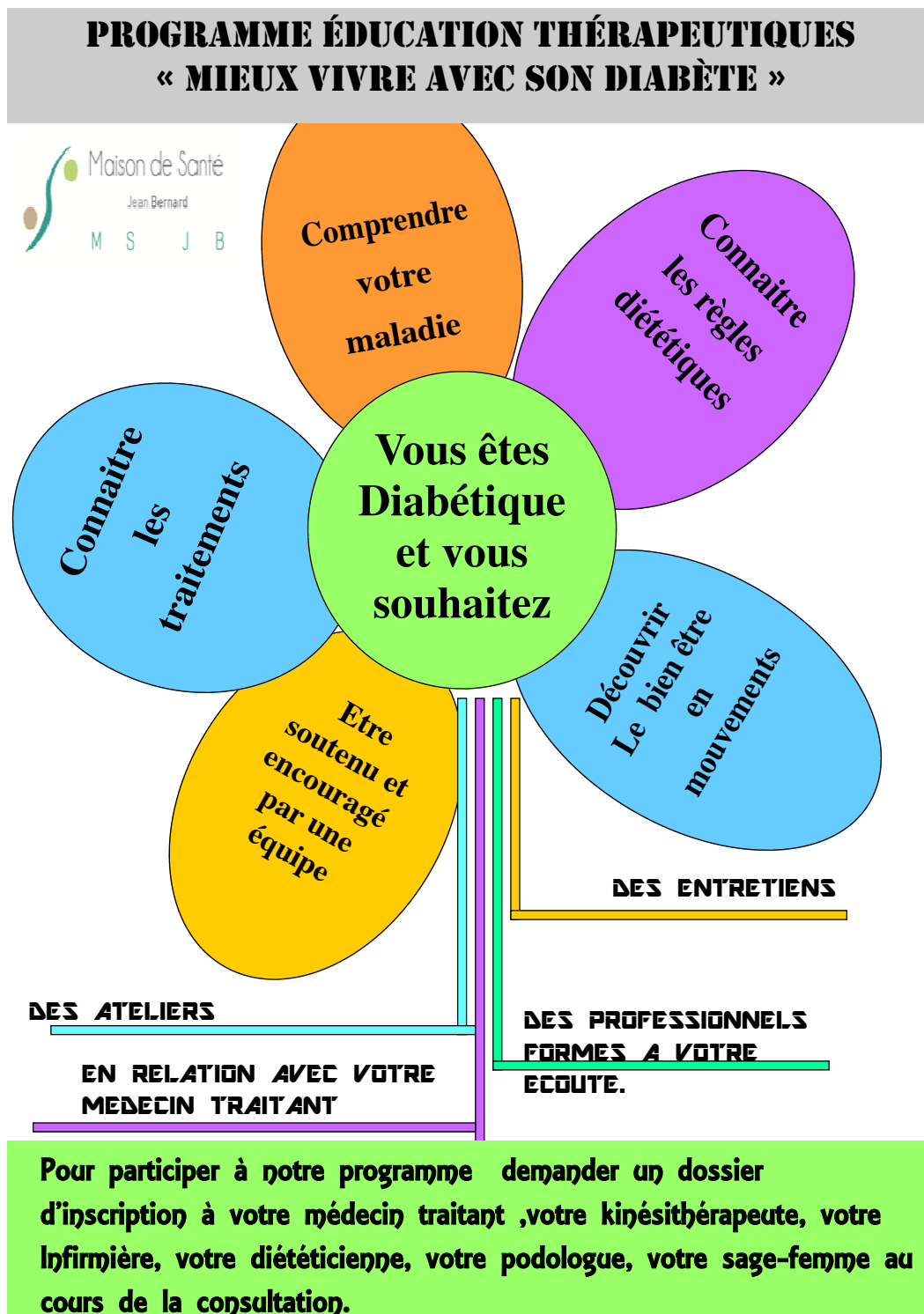
ARTS-PLASTIQUES / THEATRE : Réunion d'information

Atelier conduit par Yannick RENAUD, art thérapeute

Date	Horaires	Thèmes	
Jeudi 24 mai	15h00 à 16h30	Réunion d'information : stimuler le potentiel créatif pour parvenir à un mieux-être	

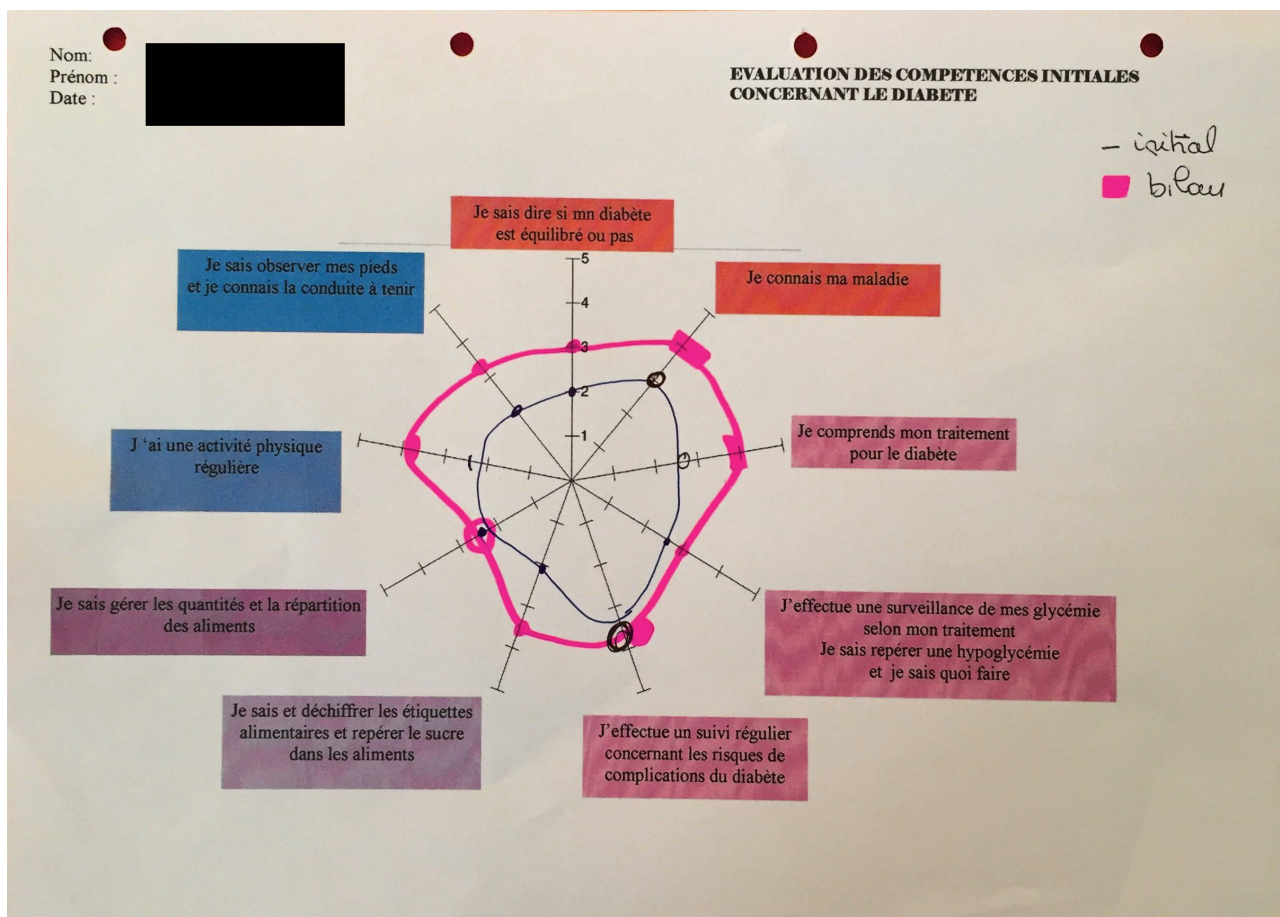
Salle rue St Bonaventure

**ANNEXE 3 : Programme « Mieux vivre avec son diabète » de la Maison de Santé
Pluriprofessionnelle Jean Bernard Sud à Cholet**



ANNEXE 4 : Évaluation des compétences concernant le diabète avant et après la participation au programme « Mieux vivre avec son diabète »

L'évaluation des compétences est réalisée avec le patient en s'appuyant sur une étoile de compétences avant sa participation au programme (en noir), puis lors du bilan final (en rose).



ANNEXE 5 : Avis du comité d'éthique du CHU d'Angers dans sa séance du 31 janvier 2018



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 9 février 2018

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

A Madame GHALI Maria

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 31 janvier 2018 votre étude « Exploration de l'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie et la gestion de leur maladie, de patients diabétiques de type 2 ayant participé à des programmes ambulatoires dans le Maine et Loire, au travers du regard de leurs médecins traitant » enregistrée sous le numéro 2017/81.

Après réception des modifications proposées suite aux commentaires transmis, après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

ANNEXE 6 : Guide d'entretien

Brève présentation de l'étudiante et de l'objectif du travail effectué.

Recueil du consentement.

- 1) Que pensez-vous de l'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les patients présentant un diabète de type 2 ? Avez-vous adressé le patient pour une participation au programme (REMMEDIA 49 ou à la MSP JBS), ou en-a-t-il eu connaissance par un autre moyen ?
 - a. *Si le patient a connu le programme par un autre moyen, savez-vous lequel ?*
 - b. *Quel regard portez-vous sur ce programme ?*
 - c. *A quel moment de la prise en charge le proposez-vous au patient ?*
- 2) Est-ce que le patient en a retiré quelque chose ?
 - a. *Si oui, quel bénéfice ? Quel(s) retour(s) a-t-il pu vous faire en consultation ?*
 - b. *Sinon, pourquoi ? Quels freins à la participation avez-vous pu identifier ?*
- 3) Est-ce que la participation au programme a aidé votre (vos) patient(s) à se sentir mieux ?
 - a. *En quoi ?*
 - b. *Dans quel(s) domaine(s) ?*
 - c. *Pensez-vous que cela ait pu contribuer à l'équilibre du diabète et de sa santé en général ? En quoi ?*
- 4) Pensez-vous que le (les) patient(s) ait (aient) modifié certaines habitudes de vie ?
 - a. *Lesquelles ?*
 - b. *Dans quel(s) domaine(s) ?*
 - c. *En quoi cela vous semble-t-il impacter la prise en charge du diabète ?*
- 5) Est-ce que la participation à ce programme a modifié quelque chose dans la relation que le patient a avec son entourage ?
 - a. *En quoi ?*
 - b. *De quelle manière ?*
- 6) Est-ce que la participation à ce programme a modifié quelque chose dans la relation que le patient a avec vous ?
 - a. *En quoi ?*
 - b. *De quelle manière ?*
- 7) Avez-vous des remarques ou des commentaires supplémentaires ?

ANNEXE 7 : Critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ :

Michel Gedda, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, *Kinesither Rev* 2015;15(157):50-54. doi: 10.1016/j.kine.2014.11.005

N° et Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	L'étudiante (Maria Ghali)
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Absence d'expérience pratique de recherche qualitative. Formation lors des cours à la faculté de médecine d'Angers
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui (2 médecins connus dans le cadre des stages lors de la formation de médecine générale)
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'il était interne en médecine générale, réalisant un projet de thèse
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Qu'il était interne en médecine générale, réalisant un projet de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse inductive du discours, après retranscription en verbatim. Codage ensuite pour l'analyse thématique
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	En variation maximale. Sélection des médecins à partir des listes des patients participants à l'ETP
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail et/ou par téléphone
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	16 participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 participants ont décliné. La raison du refus était le manque de temps
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet médical de chaque médecin
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf Annexe
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone numérique
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant	Oui, pendant et après l'entretien

	et/ou après l'entretien individuel ?	
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 5 à 21 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	L'étudiante et son directeur de thèse
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient déterminés à partir des données recueillies
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word® et Excel®
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 8 : Formulaire de consentement à destination des médecins interviewés



UFR SANTÉ

Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers
Formulaire de consentement



Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail :

Exploration de l'impact et du ressenti de patients diabétiques de type 2 ayant participé à des programmes d'éducation thérapeutiques ambulatoires auprès des médecins, dans le département du Maine-et-Loire.

Nom du thésard : GHALI Maria

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

ANNEXE 9 : Caractéristiques épidémiologiques des patients sélectionnés ayant participé à l'ETP

Patient	Sexe	Âge	Antécédent familial de DT2	Profession	Date du diagnostic	HbA1c	Complications	Comorbidités	Traitement diabétique	ETP
P1	F	64	Mère, Père	Retraitée	2005	7,8%	/	HTA, Hypercholestérolémie, Tabagisme actif,	ADO	MSP JBS
P2	F	65	Père	Retraitée	2002	6,2%	/	HTA	ADO Insuline	MSP JBS
P3	F	78	Père	Retraitée	2003	8,3%	Neuropathie, Microangiopathie	HTA	Insuline	MSP JBS
P4	F	57	Mère	Assistante maternelle	2013	6,9%	/	HTA	ADO, Insuline	MSP JBS
P5	H	57	/	Paysagiste	2007	7,7%	AVC	HTA	ADO	MSP JBS
P6	H	59	Mère	Retraité	2007	6,6%	/	Tabagisme actif	ADO	MSP JBS
P7	F	60	/	Retraitée	1979	7,5%	AVC	SAS, HTA	ADO, Insuline	MSP JBS
P8	H	64	Mère	Retraité	2000	11%	Coronaropathie	HTA, Hypercholestérolémie	ADO, Insuline	MSP JBS
P9	H	55	/	Ouvrier	2014	8,0%	/	HTA, Tabagisme actif	ADO	MSP JBS
P10	F	61	/	Retraitée	2006	7,9%	Neuropathie	HTA	ADO	MSP JBS
P11	F	79	/	Retraitée	1990	9,0%	Insuffisance rénale	HTA, Hypercholestérolémie	Insuline	REMME DIA 49
P12	H	57	/	Ouvrier	2008	8,7%	Neuropathie	HTA	ADO	REMME DIA 49
P13	H	65	Mère	Retraité	2001	6,5%	/	HTA	ADO	REMME DIA 49
P14	F	71	/	Retraitée	1997	12%	Insuffisance rénale	HTA, Hypercholestérolémie	Insuline	REMME DIA 49
P15	F	52	/	Aide-soignante	2014	9,1%	Neuropathie	HTA, Hypercholestérolémie	ADO	REMME DIA 49
P16	H	67	/	Retraité	2007	7,8%	/	HTA, Tabagisme actif	ADO	REMME DIA 49
P17	H	79	Mère, Père	Retraité	1991	6,9%	/	HTA	ADO	REMME DIA 49
P18	F	82	Mère	Retraitée	2001	8,1%	Coronaropathie	HTA, Hypercholestérolémie	ADO, Insuline	REMME DIA 49
P19	F	68	/	Retraitée	2005	7,3%	AVC	HTA, Hypercholestérolémie	ADO	REMME DIA 49
P20	F	82	/	Retraitée	1996	7,5%	/	HTA	ADO	REMME DIA 49
P21	H	75	Père	Retraité	2000	6,6%	/	HTA, Hypercholestérolémie	ADO, Insuline	REMME DIA 49
P22	H	58	/	Employé de banque	2006	8,4%	/	HTA, Tabagisme actif	ADO, Insuline	REMME DIA 49
P23	H	68	Mère	Retraité	2011	7,7%	/	HTA	ADO	REMME DIA 49

ADO : Antidiabétique oral ; AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; DT2 : Diabète de type 2 ; ETP : Éducation Thérapeutique du Patient ; HbA1c : Hémoglobine glycosylée ; HTA : Hypertension artérielle ; JBS : Jean Bernard Sud ; MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ; SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil

ANNEXE 10 : Retranscription d'un entretien

Courte présentation de l'étudiante et du travail de thèse. Recueil du consentement du médecin interviewé

MG : que penses-tu des programmes d'éducation thérapeutique, dans le cadre du diabète de type deux ?

M8 : moi je pense, que c'est un programme qui est tout à fait adapté à leur pathologie, pour une meilleure prise en charge, sur aussi bien leur façon de vivre, que la compréhension surtout de leur maladie, parce que en fait, c'est une maladie tellement insidieuse, qu'ils n'en voient pas trop la nécessité. Le plus difficile à mon avis, c'est surtout de les faire rentrer dans le réseau, et de leur faire comprendre que c'est important. Ça, c'est difficile, je pense que, les seules personnes, enfin pas les seules, mais, les personnes qui peuvent les convaincre sont les médecins qu'ils soient endocrinologues, ou médecins généralistes. Il faut qu'on ait les bons arguments pour leur dire que, que la prise en charge est complètement différente de celle qu'on peut leur proposer, et qu'ils restent acteurs de leur maladie.

MG : quels arguments penses-tu être nécessaires pour que les patients y adhèrent ?

M8 : alors, les arguments... alors, l'éducation thérapeutique, Ils ne savent pas trop ce que c'est. Donc, je pense qu'il faut d'abord leur expliquer ce qu'est l'éducation thérapeutique, leur expliquer qu'elle justement ... , on va devenir partenaires. C'est-à-dire, qu'on n'est pas là pour les juger, on est là pour les aider, les accompagner. Et que, à tout moment, eh bien, ils pourront nous poser toutes les questions qu'ils voudront sur leur diabète. Nous, on sera là pour répondre au mieux que l'on pourra. Et,... Et puis essayer de vivre ..., de répondre aux multiples questions. Par exemple, ça peut être leurs médicaments, ça peut être comment je fais mes courses, comment je vais manger, qu'est-ce que je vais manger au restaurant, l'activité physique,... Enfin... il y a X sujets. Nous, déjà, on les met sur la voie, en leur parlant de ces différents sujets, Mais on leur a dit qu'il existe des ateliers, et qu'ils pourront leur montrer comment se prendre en charge, Et comment répondre eux-mêmes (affirmatif), à ces questions-là. Mais que, le propre des ateliers, justement avec d'autres personnes qui sont dans le même cas qu'eux, comme ça il y a un échange qui peut se faire et qui est hyper intéressant, et qu'ils ne se sentent pas seuls face au médecin.

MG : en quoi le fait que les patients deviennent acteurs de leur maladie te paraît important pour la prise en charge ?

M8 : eh bien, parce que de toute manière, le... je dirais que le point le plus important, que ce soit pour le diabète où toutes les maladies chroniques, reste que l'observance ou plutôt, l'inobservance ... je dirais que les gens, sont plutôt mal observants, parce qu'ils prennent les médicaments qu'ils veulent bien prendre. Mais, est-ce que vraiment nous les médecins, on leur explique vraiment les tenants et les aboutissants des médicaments, est-ce qu'on leur explique suffisamment comment fonctionnent les médicaments qu'ils prennent, l'importance des complications... alors, parler des complications, c'est surtout pas faire peur, mais, expliquer, comment évolue la maladie, et donc comment on arrive aux complications, Sans pour cela,... comment dire,... Leur faire faire, quoi. Et... je pense que c'est essentiel, de toute manière,... Toute pathologie, si on est pas acteur de notre pathologie, on n'y arrivera pas. La personne qui a décidé d'arrêter de fumer, quelles sont celles qui arrivent vraiment à arrêter ? Quelles sont celles qui arrivent par exemple à faire un régime, à équilibrer leur alimentation ? Je pense que ce sont des personnes qui, dans leur tête, ont décidé de le faire. C'est-à-dire, il faut donc une motivation. Si tu n'as pas la motivation, tu n'y arrives pas. Donc, nous, on ne va pas agir sur les ateliers proposés, on va agir sur la motivation (*Affirmatif*). Et après, une fois que la motivation est là, qu'ils ont la motivation, c'est déjà..., les deux tiers sont faits.

MG : quels retours tu as pu avoir des patients qui ont participé à ce programme, en termes de retentissement sur la qualité de vie ?

M8 : alors d'abord, le premier retour est « qu'est-ce que c'est sympa les ateliers d'éducation thérapeutique ». Donc, en fait, je pense que le plus difficile, c'est de les faire aller aux ateliers thérapeutiques. Une fois qu'ils sont là-bas, eh bien, ils sont super contents, parce que justement, ils sont en contact avec d'autres personnes qui ont la même chose qu'eux. En plus, souvent, il y a une espèce de, comme ça se passe, en général, dans des lieux bien... particuliers, c'est-à-dire, bien identifiés (Angers, Châteauneuf, ...), ils sont tous regroupés, ils apprennent à se connaître, et même quelquefois, ils se voient en dehors. Ils se revoient, ils s'appellent, demandent qui va à quel atelier,... Donc, il y a un côté convivial, qui est important. Ensuite, le retour en consultation, il y en a beaucoup qui disent, « vous savez, docteur, j'ai bien fait ce qu'on m'a dit », « j'ai bien compris que... », « Maintenant, je fais bien attention à mes pieds, avant je m'en fichais mais maintenant voilà... ». Et donc, on se rend compte que, même s'ils ne pourront jamais tout bien faire tout de suite, mais, ils retournent aux ateliers

plusieurs fois justement, Parce que pour eux, c'est important d'entendre. Et puis, ils sont surtout intéressés par la façon, la façon... je dirais... pratique, pour comprendre. Parce que si c'est vraiment un cours entre guillemets, ils ne vont pas y aller. S'ils ne participent pas, ils n'iront pas. Alors que là, il participe, Et c'est le plus important en fait. Ils donnent leur ressenti, ils parlent d'eux, parce que c'est bien ce qu'on veut, qu'ils parlent d'eux ...

MG : sur quels domaines de leur vie penses-tu qu'il y ait un retentissement et une amélioration en rapport avec la qualité de vie ?

M8 : l'observance. L'activité physique. Il y a un patient qui faisait 150 kg, il m'a dit texto « Ah mais moi, grâce au programme, jamais je n'aurais pensé faire de l'activité physique », il me dit « Maintenant, voilà, je suis content, je vais marcher avec les copains, quelquefois on fait un petit peu de souplesse, mais je n'aurais jamais pensé le faire sans cela ». Et, on se rend compte quand même aussi, que les informations nationales qui peuvent venir, là par exemple on a parlé de l'activité physique, sont une aide. Il y a beaucoup de personnes qui se sont mis à marcher grâce à tout ça. Il y a aussi pour les courses, les courses. Les gens font davantage attention. Et y en a beaucoup qui maintenant font même les recherches de leur côté. Il y en a un la dernière fois, qui m'a dit : « vous savez, maintenant, j'ai téléchargé une application sur mon téléphone, pour savoir vraiment si ce que je mange est bon ou pas, ... et je fais quand même bien attention, je mange plus n'importe quoi n'importe quand, et mon mari qui est un peu costaud, il fait comme moi ». Donc, ça aussi c'est important. Et puis, ils se rendent compte aussi qu'ils avaient une fausse idée du diabète, dans la mesure où pour eux, ça allait forcément évoluer vers l'insuline. Ça, on ne le nie pas. Il se peut bien que un jour ils soient sous insuline. Mais, par contre ils se rendent compte qu'on peut manger de tout, mais pas n'importe comment. Et ça, c'est important, parce qu'ils veulent se faire plaisir.

MG : penses-tu, par rapport à ces éléments que tu m'évoques que le programme leur permet de se sentir mieux ?

M8 : oui (affirmatif). Toutes ces connaissances qu'ils acquièrent au fur et à mesure, au fil des ateliers, font qu'ils sont mieux. Il y a moins de complications. Les bilans sanguins sont toujours meilleurs. Donc, déjà quand ils viennent en consultation et que je leur dis que le diabète est équilibré, ils sont super contents, psychologiquement. Et puis, ensuite... de toute manière, c'est vrai que c'est clair. Les gens qui sont bien dans leurs bottes avec le diabète, qu'ils ont bien compris, et qui font bien ce qui est demandé de faire dans le diabète, eh bien, ils sont en pleine

forme, et pas que physiquement. Les gens qui ne le sont pas, qui ont des soucis familiaux, qui justement ne sont pas encore réceptifs (parce que en fait il faut être réceptif à tout ça), ces gens-là, sont des gens qui ont des diabètes déséquilibrés, qui font pas attention à leur alimentation, parce qu'ils vont manger du sucre ou d'autres aliments qu'ils aiment, justement, pour compenser ce mal être ... donc, il faut attendre le moment opportun pour pouvoir créer cette motivation. Tant qu'il n'y aura pas de motivation on y arrivera pas.

MG : donc finalement nous en tant que médecins, penses-tu qu'on ait d'autres choses à aborder et à regarder dans le diabète, à part les bilans sanguins ?

M8 : oui, bien sûr (affirmatif). Je dirais que le bilan sanguin, c'est c'est... la petite récompense en fait. Mais, c'est pas ça l'essentiel, non non. C'est leur demander s'ils vont mieux, de les faire parler d'eux, comment ils vivent maintenant leur maladie, et... est-ce qu'ils ont rencontré des soucis par rapport à leur alimentation, par rapport à leur façon de vivre, et en fait il se disent que tout compte fait, tout va bien. Je pense qu'il faut d'abord partir du patient, et puis on arrive après à tout ce qui est examens complémentaires.

MG : qu'est-ce qu'ils te disent de la façon de vivre leur maladie après la participation à ce programme ?

M8 : d'abord, ils la banalisent, parce qu'au début, ils ne veulent pas du tout entendre parler de diabète. Et puis, comme c'est une maladie qui est insidieuse, et qui ne donne pas franchement de... de signes cliniques au départ, eh bien, ils n'ont pas l'impression ... ils se rendent compte qu'ils sont diabétiques sur les résultats des bilans sanguins, c'est comme ça qu'ils le savent au début, mais sinon comme ils ne sentent rien, ils n'ont aucune idée là-dessus. Mais après, quand on leur dit comment ça va se passer, lorsqu'on leur explique pourquoi faire les examens de routine et avoir un bon équilibre diabétique, dans ce cas-là, ils commencent à comprendre. Parce qu'en fait tout vient de là.

MG : De l'observance ?

M8 : Bah oui ! L'observance du traitement est la condition *sine qua non* (affirmatif).

MG : Tu disais que les patients finissaient par banaliser la maladie, y a-t-il d'autres éléments qui leur permettent de mieux vivre avec la maladie ?

M8 : alors, je crois que j'ai du mal, mal parler, mal répondre. Parce que ce n'est pas une banalisation. Je pense que ce n'est pas une banalisation parce qu'on peut pas banaliser un diabète. Par contre, on peut le rendre plus accessible. C'est-à-dire qu'on peut montrer que si

on a une certaine façon de vivre, que si on a une certaine prise en charge du diabète, alors on évitera les complications, on vivra aussi bien que possible, plus longtemps. Donc, sans faire de complications. Donc ce n'est pas le mot banaliser, c'est ... Documenter... informer les gens qu'effectivement avec une certaine rigueur, que sans eux on ne pourra pas y arriver, eh bien on peut alors effectivement vivre aussi bien que n'importe qui. Voilà c'est ce que j'ai voulu dire. Banaliser, non.

MG : Y a-t-il d'autres éléments qu'ils te rapportent pour exprimer le fait qu'ils vivent mieux leur maladie ?

M8 : j'en ai déjà dit pas mal tout à l'heure, après, je ne sais pas... ça ne me vient pas à l'idée là comme ça... d'autres arguments que je n'aurais pas cités...

MG : tout à l'heure tu évoquais l'observance comme une condition *sine qua non*. Quel lien fais-tu entre l'observance et la qualité de vie de ces patients ?

M8 : si tu veux, si les patients ... Si tu prescris des antidiabétiques, et si les patients ne prennent pas, c'est sûr qu'ils courent plutôt vers les complications, plutôt que vers une stabilisation de leur diabète. Donc en plus, s'ils ont une capacité de me dire, alors déjà nous on va essayer d'agir en conséquence, mais s'ils nous disent qu'ils prennent leurs médicaments, et que les résultats ne sont pas bons, ça peut être très dangereux aussi pour eux. Parce qu'on va y aller en augmentant les doses, en majorant donc les traitements, et tu vas finir par prescrire des médicaments qui ont des effets secondaires comme les hypoglycémies, et pour moi les hypoglycémies sont les complications, les plus importantes. Avant tout le reste.

MG : À ton avis, qu'est-ce qui fait que malgré une observance on ait encore des chiffres d'hémoglobine glyquée élevés ?

M8 : alors, justement. Je suis peut-être suspicieuse mais c'est vrai que lorsque le diabète est mal équilibré, je me dis quand même, est-ce que l'observance est vraiment complète ? Après, je suis d'accord que le diabète évolue, je suis d'accord qu'il faut vraiment agir. Je dirais que de l'autre côté du mot observance une inobservance, il y a autre chose. Je dirais le côté médecin généraliste. C'est-à-dire que tu peux être ... tu as d'un côté l'observance, et de l'autre côté l'inertie médicale. L'inertie médicale c'est hyper important. C'est-à-dire que quelques fois tu te rends compte que les examens ne sont pas forcément très bons, et c'est du au fait, ... au patient qui n'est pas observant. Quelquefois il fait bien son traitement, mais ça n'empêche pas que la maladie évolue, c'est comme ça. Donc, on doit nous très vite réagir, justement arrêter l'hémorragie (rire). C'est-à-dire que, si on se rend compte que l'hémoglobine glyquée n'est

pas bonne, à 7,8 par exemple, eh bien, il suffit que les patients... moi je le vois bien avec ma petite remplaçante, elle est adorable mais elle me dit, je n'ai pas encore changé le traitement. Je lui demande pourquoi tu n'as pas changé le traitement. Elle me répond, parce que en fait en interrogeant bien le patient, il n'a pas forcément fait attention à ce qu'il a mangé. Je lui dis oui mais c'est pas une raison valable pour ne pas majorer le traitement. Parce que 7,8 c'est quand même... on arrive tout prêt de 8, et à un déséquilibre du diabète. On n'est plus dans les objectifs. Parce que là aussi oui, il faut parler d'objectifs. Et je pense qu'il faut très vite, comment dire, équilibrer le diabète. Et pour ça ça vient 1 de l'observance du patient, et 2 de la façon avec laquelle le médecin réagit.

MG : comment tu abordes le patient dans ce cas-là ?

M8 : ... (réflexion)... je lui demande un petit peu qu'il me parle un petit peu de son alimentation. Qu'est-ce que ça veut dire, pour lui mal manger ? Et, je l'interroge à nouveau sur son équilibre alimentaire. Qu'est-ce qui fait l'équilibre alimentaire du diabétique ? Comment ? Je peux aussi lui poser la question de savoir s'il a bougé ou pas. Parce qu'il peut effectivement avoir une alimentation un tout petit peu plus importante que d'habitude, mais s'il bouge, ça va compenser. Donc en fait c'est un petit peu refaire le diagnostic éducatif. Et le mettre à jour, je dirais. Et après, c'est jamais dans le jugement. Toujours de la bienveillance. Il ne faut jamais en fait que le patient se rende compte qu'on est en train de le « gronder » comme il dit. Voilà. Je pense que même s'il fait des erreurs diététiques, il faudra toujours se raccrocher à quelque chose de positif. Pour le valoriser. « Ah bon, je pensais que c'était plus grave que ça ». Nan franchement vous avez bien fait de ce côté-là....

MG : dans ce cadre-là, penses-tu que le programme d'éducation thérapeutique a sa place en complément de la consultation avec le médecin généraliste pour la gestion de la qualité de vie ?

M8 : oui (affirmatif), ça a complètement sa place. Le problème c'est que on n'a pas le temps. Donc, si tu veux, on est obligé de morceler nos consultations. Quand on a par exemple, un dépistage d'un nouveau diabétique, on ne va pas en un quart d'heure 20 minutes, lui faire le tour de son diabète. Donc on est obligé, ... Alors évidemment il n'y a pas d'urgence, mais on est obligé de morceler, on est obligé de... quelquefois on se dit que bon la diététique c'est bien mais ce n'est pas franchement notre ressort... mais, premièrement, les diététiciennes ne sont pas remboursées de leurs consultations, donc les patients ne vont pas y aller. Et puis, je pense que c'est vraiment l'approche pluriprofessionnelle, et c'est comme ça qu'il faut le voir.

Et le seul moyen d'avoir cette approche, c'est de passer par les réseaux et les programmes. Ou alors, de travailler en MSP pluri professionnelle, pour une meilleure prise en charge. Je pense que, tant qu'il n'y aura pas de valorisation des actes tout du moins qu'il n'y a pas un acte d'éducation thérapeutique qui va être ... Forfaitisé sûrement... les médecins ne voudront pas rentrer dans l'éducation thérapeutique. De toute manière, il n'y en a pas beaucoup qui savaient ce que c'est. Déjà, quand on leur parle de l'éducation thérapeutique, c'est tout s'ils arrivent à donner une définition correcte. Ce n'est pas une critique. Avant de connaître, j'aurais peut-être dit la même chose, ce n'est pas pour moi, je peux pas envisager une consultation où je fais du bla-bla-bla, enfin voilà. Je pense que... Je crois que les jeunes générations maintenant vont justement avoir cette possibilité de de suivre des cours et en particulier,... on pourra peut-être leur apprendre, voir même les 40 heures seront peut-être un moment donné obligatoires, j'en sais rien. Mais je pense que ça passe par la formation. Et faut former les jeunes générations. Les générations un peu plus vieilles, ceux qu'on peut informer c'est bien, les autres, eh bien, ma foi tant pis. Ils ne savent pas à côté de quoi ils passent (rires).

MG : quelle serait pour toi la définition de l'éducation thérapeutique ?

M8 : pour moi, l'éducation thérapeutique c'est remettre le patient au centre de sa prise en charge. Je dirais que le patient devient acteur de sa maladie. Et donc, qu'il soit accompagné par équipe pluriprofessionnelle durant tout son parcours.

MG : est-ce que tu proposes aux patients ce parcours en statut particulier de la maladie diabétique ?

M8 : dès qu'il est diabétique. Dès qu'il est diabétique, déjà, je lui parle du réseau. Je lui parle du réseau. Je lui dis ce qu'on fait au réseau. Et après, de toute manière, ma consultation est déjà orientée éducation thérapeutique. Donc, voilà.

MG : penses-tu que la participation à ce programme ait changé quelque chose dans la relation que les patients pouvaient avoir avec leur entourage ?

M8 : c'est-à-dire ?

MG : c'est-à-dire dans leurs interactions avec leur famille, dans leur vie professionnelle..., en termes notamment de qualité de vie ?

M8 : oui, bien sûr. Il y a des patients qui ne voulaient jamais entendre parler de diabète, en général c'est les hommes, les conjointes leur demandaient de faire attention à ce qu'ils mangeaient, essayaient de ... mettre l'accent sur le diabète, les conséquences, ... En fait, c'est

difficile pour le conjoint de donner des conseils à quelqu'un de la famille. Parce que les gens c'est comme des enfants, quand on leur dit arrête de manger il mange quand même (rires), alors que quand ça vient d'une tierce personne, en l'occurrence le programme, c'est complètement différent. Et quand après ils se retrouvent en groupe, ça change tout, ça change la donne. Enfin, ça fait genre groupe de parole et ça change la donne à ce moment-là. Et c'est ce qui est bien en fait, c'est le côté groupe de parole.

MG : et penses-tu que cette participation ait changé quelque chose dans la relation que tu pouvais avoir toi avec ces patients-là ?

M8 : Oui. Je m'attendais à cette question d'ailleurs. Tout de suite d'ailleurs, tu vois c'est de la télépathie (rires). Oui, mais bien sûr. Parce qu'en fait les changements disent aussi... Au départ quand j'ai commencé être un petit peu dans cette posture-là, de, d'éducation thérapeutique, ils me regardaient en disant « tient elle nous engueule pas aujourd'hui ». Et en fait maintenant ils savent très bien que je ne vais pas les disputer. Qu'on va reprendre les choses à la base. Que, voilà. D'ailleurs c'est bien plus agréable de ne pas avoir à se disputer avec les patients, en leur disant écouter il y en a marre, vous ne prenez pas votre traitement. Et puis, c'est plus intéressant aussi, parce qu'on voit davantage les efforts que font les patients, même si ce sont des mini efforts, l'important c'est de valoriser. Je dirais que l'éducation thérapeutique ou pas, on réussit sa consultation si le patient en sortant il vous sourit.

MG : et est-ce que tu penses que cela , in fine, contribue à ce qu'ils se sentent mieux avec leur maladie ?

M8 : oui. Ils se sentent mieux avec la maladie. Ils sont plus en confiance. Ils se sentent valorisés. Ils se sentent, oui, bien sûr. C'est pas que ça aussi, il y a les diabétiques qui ne se sentent pas bien, parce qu'ils ont des soucis à côté. Il y a le chômage, il y a le divorce, il y a autre chose. Et le problème, c'est qu'on arrivera à soigner ces gens-là, que lorsqu'on arrivera à les mettre dans leur zone de confort. C'est-à-dire qu'il y a une zone de confort, où on peut, comment dire, on peut justement se motiver pour, parce que voilà, on comprend les choses, parce que on est cool, parce que voilà. Et après il y a des zones où on trouvera des gens énervés, ou bien dépressifs. Sans cette zone de confort, on est difficilement apte à suivre des conseils que pourraient nous donner les professionnels de santé. Dans ces cas-là les patients nous écoutent sans nous écouter. À mon avis, l'effort porte surtout sur le psychisme. Et il y a des ateliers pour ça (par exemple l'art thérapie, le théâtre du vécu, tout ça), pour qu'ils prennent conscience. Déjà du diabète. Et pour cela, il faut qu'ils soient moins en colère après

la maladie. Ou alors, déjà qu'on règle d'autres soucis externes. Pour qu'à un moment donné, ils soient sensibilisés ...

MG : Est-ce que tu aurais des commentaires ou des remarques supplémentaires ?

M8 : Non

MG : Merci beaucoup.

Impact des programmes d'éducation thérapeutique, réalisés en ambulatoire, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2, à travers le regard de leur médecin généraliste.

RÉSUMÉ

Introduction : Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie chronique dont la prévalence ne cesse d'augmenter nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans son parcours de soins et doit permettre l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'ETP sur la qualité de vie des patients et la gestion de la maladie, à travers le regard de leur médecin traitant. **Matériels et méthode :** Étude qualitative par analyse thématique, au moyen d'entretiens semi dirigés auprès des médecins traitants de patients atteints d'un DT2, ayant participé à un programme d'ETP entre juin 2016 et juin 2017, au sein des deux réseaux validés par l'Agence Régionale de Santé dans le département du Maine-et-Loire : le réseau départemental REMMEDIA 49 et la Maison de Santé Pluridisciplinaire Jean Bernard Sud à Cholet. **Résultats :** Seize entretiens ont été réalisés entre mars et juillet 2018. L'analyse a montré que l'ETP permet d'apporter une réponse aux représentations des patients sur le DT2. En considérant les aspects psychosociaux, l'ETP a eu un impact positif en termes de gestion de la maladie et de qualité de vie des patients, permettant ainsi l'acceptation de la maladie et l'amélioration de son vécu. L'ETP a été à l'origine d'un changement de posture dans la relation entre le médecin et le malade, avec une approche davantage centrée sur le patient. **Conclusion :** L'ETP semble avoir un impact positif sur les patients présentant un DT2, en agissant sur leurs comportements, leur permettant de mieux vivre avec la maladie. De même, elle permet une amélioration de leur qualité de vie et l'acquisition de connaissances et compétences, devenant ainsi des acteurs actifs dans leur prise en charge. Enfin, elle favorise une relation plus centrée sur le patient et constitue un élément essentiel pour le suivi de cette maladie chronique.

Mots-clés : diabète type 2, éducation thérapeutique du patient, qualité de vie, recherche qualitative.

Impact of ambulatory therapeutic education programs in ambulatory settings on quality of life of patients with diabetes as perceived by their primary care physicians.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic disease with a steadily rising prevalence and a great need for medical and psychosocial care. Therapeutic education (TE) of the diabetic patient is part of his healthcare pathway and aims at improving his health and wellbeing. The aim of this study is to evaluate the impact of TE on patient's quality of life and disease management, as perceived by his primary care physician. **Materials and methods:** Qualitative study using thematic content analysis by means of semi-directed interviews with primary care physicians of T2DM patients who attended a TE program between June 2016 and 2017, within two educational networks in the Maine-et-Loire department: REMMEDIA 49 and MSP JBS in Cholet. **Results:** Sixteen interviews were conducted between March 2018 and July 2018. The analysis showed that TE succeeded in providing responses to patients' representations on T2DM. By considering psychosocial aspects, TE had a positive impact on the disease management and patients' quality of life. Moreover, TEP resulted in changing the doctor-patient relationship, with a more patient-centered approach. **Conclusion:** The TEP seems to favorably influence the management of patients with T2DM, by acting on their behaviors helping them to live better with the disease. Moreover, it improves their quality of life and access to knowledge and skills. By promoting a more patient-centered relationship, TEP becomes a key element in the follow up of this chronic disease.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, therapeutic education of the patient, quality of life, qualitative research.