

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2019

2019 TOU3 1051

2019 TOU3 1052

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN

MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2019

Par Maxence LOUIS et Johanna THIBAUT

Education thérapeutique en soins primaires :

**Adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme
d'éducation thérapeutique de proximité dans un bassin de santé**

Directeur de thèse

Monsieur le docteur Serge ANE

Jury

Monsieur le professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le docteur Odile BOURGEOIS	Assesseur
Monsieur le docteur Serge ANE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E) Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E) Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile Médecine Interne
M. BIRMES Philippe Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David Neurologie
M. BROUCHET Laurent Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E) Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E) Génétique
M. CARRERE Nicolas Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E) Cardiologie
M. CHAIX Yves Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E) Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E) Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E) Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E) Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre Ophtalmologie
M. GAME Xavier Urologie
M. GEERAERTS Thomas Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E) Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E) Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E) Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E) Nutrition
M. LAUWERS Frédéric Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E) Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E) Immunologie
M. MALAVAUD Bernard Urologie
M. MANSAT Pierre Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien Pneumologie
M. MOLINIER Laurent Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) Gériatrie
M. OSWALD Eric Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E) Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle Dermatologie
M. PAYOUX Pierre Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E) Hématologie
M. PERON Jean-Marie Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E) Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E) Pharmacologie
M. RECHER Christian Hématologie
M. RISCHMANN Pascal Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E) Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E) Pédiatrie
M. SANS Nicolas Radiologie
Mme SELVES Janick Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E) Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E) Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E) Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc Neurologie
M. PORTIER Guillaume Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

NOS REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC : Docteur en Médecine Générale, Professeur des Universités, coordonnateur au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Toulouse

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez agréer l'expression de nos remerciements les plus profonds pour le travail que vous faites pour les internes de médecine générale.

A Monsieur le Docteur Serge ANE, notre directeur de thèse : Docteur en médecine générale

Nous vous remercions de nous avoir accompagnés et aidés lors de ce projet de thèse. Votre expérience dans le domaine de l'éducation thérapeutique de proximité est précieuse. Merci de l'avoir partagée. Veuillez accepter l'expression de nos respects les plus profonds.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH : Docteur en médecine générale, Maître de Conférences des Universités

Nous sommes honorés que vous ayez eu l'amabilité de juger notre travail et de participer à notre jury de thèse. Maxence vous remercie de votre enseignement et de votre soutien durant la dernière année d'internat. Soyez assuré de notre reconnaissance et notre haute considération.

A Madame le Docteur Odile Bourgeois : Docteur en médecine générale, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, responsable du pôle « Education Thérapeutique et communications en Soins Premiers » au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de médecine de Toulouse.

Nous sommes honorés que vous ayez eu l'amabilité de juger notre travail et de participer à notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre aide. Nous partageons votre intérêt pour l'éducation thérapeutique et nous espérons que la lecture de la thèse soit intéressante. Soyez assurée de notre reconnaissance et notre haute considération.

REMERCIEMENTS DE MAXENCE

A Johanna, pour ton amitié, ta joie de vivre et ton soutien dans cette aventure. Merci de m'avoir accompagné.

A Cécile, qui me supporte au quotidien. Merci de tout ce que tu m'apportes jour après jour : la confiance, le soutien, l'amour et la complicité.

A ma famille et à mes parents, pour le soutien inconditionnel, les valeurs et l'amour que vous m'avez donné.

A Jérémy, mon frère en or, pour ton humour et ta personne.

A mes cousins toulousains et à Benoit, pour cette franche camaraderie qui ensoleille le quotidien. Merci de votre amitié.

A mes anciens colocataires Rémi et Vincent, avec qui nous avons affronté l'internat. Ce fut des années extraordinaires en votre compagnie.

A mes amis de ma promotion d'externe, plus particulièrement à La Meute. Notre équipe est invincible.

A mes amis de Castres, à la Taverne, qui ont été ma seconde famille pendant mes années de lycée. J'ai trouvé en vous d'éternels amis.

A tous les amis qui font partie de ma vie et qui ont fait de moi ce que je suis.

Aux médecins qui m'ont formé, de l'hôpital à la médecine générale ambulatoire, merci pour le savoir être et le savoir faire qui m'ont permis de devenir médecin.

A Bernard, Serge, Isabelle, Mailis, Anne, les maîtres de stage qui m'ont transmis la passion de la médecine générale.

Aux patients qui ont participé à notre travail de thèse, merci de la disponibilité dont vous avez fait preuve.

REMERCIEMENTS DE JOHANNA

A Maxence Louis, merci de m'avoir proposée ce projet de thèse. Deux années de travail, d'échanges, de rendez-vous, de covoiturage. Quelle aventure ! Et finalement au-delà de la thèse, une amitié est née. Je te souhaite le meilleur pour ta vie professionnelle et personnelle. Merci à Cécile pour ses corrections.

Aux participants de l'étude, pour avoir accepté de répondre à nos questions librement.

Aux équipes médicales et paramédicales du CHU de Montpellier, au Docteur Pierre Francès pour mes premiers pas passionnants en médecine générale lors de l'externat. Au Docteur Nallam (à Pondichéry) et aux médecins du service de maladies infectieuses de l'hôpital pédiatrique (à Phnom Penh) pour la découverte de la médecine à l'autre bout du monde.

Aux médecins du DUMG de Toulouse pour votre investissement et pour cette excellente formation.

A l'équipe des urgences de Cahors pour mon premier stage d'internat, ma première garde, ma première sortie SAMU, mon premier plâtre... A l'équipe médicale et paramédicale de cardio-gériatrie de Casselardit : j'ai beaucoup appris grâce à vous tous dans une bonne ambiance . Un coup de cœur réciproque.

A l'équipe de pédiatrie et de gynécologie au CH Auch pour la confirmation que j'aime ces deux aspects de la médecine générale. A l'équipe d'HAD Santé Relais et à l'équipe de la clinique Monié pour ce stage original.

Aux docteurs Serge Alende, Paul Baudoux, Bernard Benayoun, Anne Freyens et François Viatge pour le partage de vos connaissances, votre disponibilité, votre confiance et votre gentillesse. Merci Anne de m'avoir donné le déclic. A Pauline J. pour nos consultations en duo.

A tous les patients que j'ai pris en charge qui me font aimer mon métier.

A ma famille :

A mes parents, pour votre soutien depuis toujours. Vous avez tout fait pour que je réussisse et que je m'épanouisse dans ma vie professionnelle et personnelle. Merci d'avoir respecté

mes choix et de m'avoir transmis vos valeurs humanistes. Merci maman pour tes relectures, ta patience et ta disponibilité. Merci papa pour ton humour et pour ton sens de la fête.

A mon grand-père Maurice pour son sens des mots, ses histoires et ses poèmes. Pour la fierté d'être ta petite fille.

A mes grands-parents adorés qui nous manquent tant. A ma famille et à ma belle-famille pour votre soutien.

A tous mes amis pour la chance que j'ai de vous avoir dans ma vie.

A mes nouvelles amitiés catalanes; pour notre virée en Corse les « broccius ».

A Marania ma binôme aux urgences, pour ton calme légendaire, nos discussions sans fin, ton écoute et tes réflexions sur la médecine et la vie. Mauruuru. A Anne-So pour cette belle amitié née aux urgences de Cahors six ans après notre première rencontre, quelle découverte ! Pour nos légendaires retards, pas aujourd'hui je l'espère. Pour vos superbes mariages et vos magnifiques bébés.

Aux copains de Cahors : Celia, Julia, Lucie, Micka pour les bons moments passés lors de notre premier semestre d'interne.

A mon Juan-Lino pour notre découverte de la gériatrie « qu'est qu'on va faire de plus ? », pour ton humour aveyronnais, tes cafés sucrés, tu es le compagnon de travail parfait. Félicitations pour ta soutenance de thèse passée il y a 2 jours.

A mes copines d'Auch : Anna, Camille, Marion, Muriel et Pauline pour nos soirées gersoises et toulousaines, une belle bande de supers nanas... pour Gigi notre chat mascotte !

A mes colocataires Chad l'artiste pour ta folie, Alexis et Albane pour ses 6 mois passés ensemble et ses jolis souvenirs de la rue St Rome et de Saint Christophe.

A Laure pour ton soutien depuis la P1, ta gentillesse et tes conseils mode.

A mes amis Montpelliérains : Adèle, Baptiste, Benjamin, Charlotte, Flo, Floflo, Martin, Mathilde, Saskia pour tous les bons moments entre études, stages, voyages, révisions.

Nous avons grandi ensemble. Tous différents, tous dans mon coeur. Je nous revois avec émotion à la remise des diplômes. A Eve pour son arrivée dans notre team.

A Camille pour ton soutien, nos rigolades, tes conseils entre consœurs, nos soirées tisanes ou cocktails selon l'humeur et notre amitié au travers des années.

A Emilie ma shotz, depuis le premier jour d'intégration accrochée à mon pied ou plutôt à mon cœur. Pour nos révisions des ECN avec la team "stabiloute" avec notre Math, nos magnifiques voyages, nos folles soirées, nos bonheurs et nos peines.

A mes amis d'enfance : Anna, Chris, Dave, La buche, Marianne et vos amours. Pour votre bienveillance envers l'éternelle étudiante... et pour les bons moments partagés.

A Loïc, mon grand frère pour tout l'amour que tu m'apportes et pour cette complicité toujours présente depuis 25 ans. A Richard pour cette amitié par pacs.

A Yannick, pour ton soutien à mes côtés pendant cette thèse, pour ton amour, ta générosité, ton humour et ta sensibilité. Pour notre futur ensemble. Pour le lâcher prise.

Table des matières

I/ INTRODUCTION	5
1. Le diabète.....	5
2. Epidémiologie : un problème de santé publique.....	6
3. L'éducation thérapeutique	6
4. Description du programme d'éducation thérapeutique.....	9
II/MATERIEL ET METHODE.....	12
1. Choix de la méthode	12
2. Echantillon	12
a. Critères d'inclusions/exclusions	12
b. Mode de recrutement	12
c. Causes de refus	13
3. Le rôle des chercheurs	13
4. Recueil de données	13
a. Entretiens semi dirigés.....	13
b. Elaboration et évolution du guide d'entretien.....	14
c. Conditions de recueil	14
d. Retranscription.....	14
5. Analyse	15
6. Ethique.....	15
III/RESULTATS	16
1. Description de la population de l'étude : caractéristiques des patients :	16
a. Choix des indicateurs :	16
b. Les participants :	16
c. Concernant les entretiens :.....	17
2. Attentes des patients	17

a.	Volonté de s’informer sur la maladie	17
b.	Volonté de se prendre en charge	18
c.	Connaissances préalables	18
d.	Une recherche de la guérison	18
e.	Se confronter à d’autres diabétiques	19
f.	Pas d’attente préalable	19
3.	Inclusion : modalités d’entrée dans le programme	19
a.	Rôle du médecin traitant	19
b.	Proposition par le pharmacien	20
c.	Recrutement par les patients	20
4.	Facteurs de maintien des patients dans le programme	20
a.	Engagement des patients dans le programme	20
b.	Bénéfices ressentis	21
c.	Caractéristiques du programme	24
5.	Facteurs limitants le maintien	27
a.	Contenu des séances	27
b.	Les patients	28
c.	Organisation	29
d.	Propositions des patients pour améliorer le programme	29
IV/	DISCUSSION	31
1.	Résultats principaux et comparaison à la littérature	31
a.	Attentes et besoins exprimés par les patients	31
b.	Les intervenants du programme d’ETP	34
c.	Une expérience bénéfique	37
d.	L’appartenance à un groupe	39
e.	La proximité	40
f.	Les limites et pistes d’amélioration du programme d’ETP	41

2. Forces et limites de l'étude	46
a. Les forces :.....	46
b. Les limites	47
V/ CONCLUSION	49
VI/BIBLIOGRAPHIE	51
VII/ANNEXES	58

Abréviations :

HTA : HyperTension Artérielle

IDM : Infarctus Du Myocarde

HAS: Haute Autorité de Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

ARS : Agence Régionale de Santé

FIR : Fonds d'Intervention Régional

I/ INTRODUCTION

1. Le diabète

Le diabète sucré est une affection métabolique, qui se caractérise par une hyperglycémie chronique soit une glycémie supérieure à 1,26g/l retrouvée à deux reprises sur un bilan biologique sanguin, liée à une déficience, soit de la sécrétion de l'insuline, soit de l'action de l'insuline, soit des deux.[1]

Le diabète de type 2 diffère du type 1 par sa physiopathologie. Dans la définition de l'OMS, le diabète de type 2 associe un déficit relatif de sécrétion d'insuline à un déficit de sensibilité à l'action de l'insuline, correspondant à l'insulinorésistance. Ce qui le différencie du diabète de type 1 qui correspond à une carence absolue en insuline.

C'est une pathologie chronique multifactorielle faisant intervenir des facteurs personnels non modifiables, tels que l'âge, les antécédents familiaux de diabète, et des facteurs modifiables inhérents au mode de vie, tels que l'obésité, la sédentarité, la répartition androïde des graisses et l'alimentation trop riche en sucres et en lipides.

Le diabète entraîne des complications vasculaires et métaboliques qui font sa gravité. Il est considéré comme un facteur de risque cardio-vasculaire au même titre que l'hypertension artérielle (HTA*), le tabagisme, le surpoids, les dyslipidémies et les antécédents familiaux de pathologie cardio-vasculaire.

Le traitement découle de la physiopathologie.[2] Pour éviter l'apparition des complications, il faut équilibrer la glycémie. On associe la mise en place de règles hygiéno-diététiques (équilibre alimentaire et activité physique) à la mise en place de traitements médicamenteux en fonction du stade de la maladie et du profil physiologique du patient.

C'est une maladie chronique qui a un retentissement sur la dimension sociale, psychologique et économique de la vie du patient, perturbant sa qualité de vie.

2. Epidémiologie : un problème de santé publique

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France est estimée à 5 % de la population en 2015, soit plus de 3.3 millions de personnes traitées pour un diabète avec une augmentation progressive d'année en année.

Pour cette même année, l'âge moyen des patients diabétiques était de 66.7 ans.

Le vieillissement de la population avec l'amélioration de l'espérance de vie et l'accroissement de la prévalence de l'obésité en France sont les principaux déterminants de l'augmentation du nombre de diabétiques dans le pays.

Au moins 34 000 décès annuels peuvent être attribués au diabète en France. Le risque de mortalité à 5 ans est 1.45 fois plus élevé chez les personnes diabétiques que chez les non-diabétiques [3]

Les complications du diabète sont fréquentes avec chaque année environ 8 000 amputations, plus de 12 000 hospitalisations pour infarctus du myocarde (IDM)* et près de 4 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale.

Cette pathologie représente un coût pour la société, plus particulièrement le diabète de type 2 qui représente plus de 90% des cas de diabète. [4] [5] [6]. En 2013, le coût de santé publique directement lié au diabète et à ses complications a été évalué à 7.7 milliards d'euros en France. [7]

La prise en charge du diabète concerne particulièrement le champ de la médecine générale. Les médecins généralistes suivent seuls, sans recours au diabétologue, 87% des patients diabétiques, occupant ainsi une place centrale dans le suivi de la pathologie.[8]

3. L'éducation thérapeutique

Dès 1972, Leona Miller fut la première à montrer l'intérêt de l'ETP en individuel. Confrontée à des hospitalisations répétées de patients diabétiques aux Etats-Unis pour des complications métaboliques, elle décida de mettre en place une équipe éducative afin

d'enseigner aux patients des connaissances pour prévenir ces complications. Elle constata une amélioration de l'état de santé des patients et diminua ainsi de façon importante le coût lié au diabète et le nombre d'hospitalisations.[9]

En 1996, l'OMS donne une définition de l'éducation thérapeutique : L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. [10]

Elle se compose d'activités organisées pour apporter une prise de conscience aux patients et amener une information concernant leur maladie, l'organisation des soins et les comportements liés à la santé et à la maladie. Elle comporte un soutien psychosocial dont le but est d'aider les patients et leurs proches à comprendre leur maladie et leur traitement, leur permettre de se responsabiliser face à la maladie et les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.[11]

La Haute autorité de santé (HAS*) a rappelé dans ses recommandations en 2013 concernant la stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge globale du diabète [2]

Un guide pour sa mise en pratique a été publié dès 2007. [11] Il y est précisé que les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins et d'adaptation.

En l'état actuel des connaissances, l'éducation thérapeutique a fait la preuve de son efficacité globale dans la prise en charge des patients diabétiques. Une méta analyse regroupant près de 600 études publiées entre 1999 et 2009 montre un bénéfice de l'ETP sur la santé dans 64% des études. [12]

Peu de patients accèdent à une prise en charge en ETP, plus particulièrement sous forme de séances collectives. Comme le montre l'étude ENTRED réalisées auprès de 4 296 patients diabétiques entre 2007 et 2010, seulement 17% des patients diabétiques de type 2 déclaraient avoir bénéficié d'un « complément au suivi médical habituel de leur diabète au cours des 12 derniers mois » et seulement 3% sous forme de séances collectives.[13]

La Loi HPST *de 2009 inscrit les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans le parcours de soins et donne un cadre légal à cette activité.[14]

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du 2 août 2010 du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé (ARS*).[15]

L'autorisation valable quatre ans confère à son titulaire le droit d'utiliser l'appellation «Programme d'ETP » et de solliciter éventuellement un financement auprès des agences régionales de santé (ARS*), notamment dans le cadre du FIR*. Le programme bénéficie d'une évaluation au terme de ces quatre années permettant de reconduire l'autorisation.

L'ETP est une approche encore nouvelle dans sa mise en application, elle est multidisciplinaire et nécessite une coopération entre les professionnels de santé et les patients. Elle touche différents domaines car c'est une discipline qui s'intéresse à la dimension bio-psycho-sociale de l'individu, elle s'adresse à la médecine, aux sciences pédagogiques et aux sciences humaines et sociales.

Elle concerne les patients à différents stades de l'évolution de la maladie, elle peut être proposée dès le diagnostic et tout au long de la prise en charge. L'ETP nécessite une personnalisation afin de répondre au besoin éducatif de l'individu. [14]

Le patient est considéré dans sa globalité, en s'intéressant à ses projets de vie, son environnement et ses représentations.

Les compétences nécessaires aux soignants dépassent le domaine du soin traditionnel, elles impliquent une formation spécifique, actuellement intégrée dans la formation initiale aux professionnels de santé. Elle est aussi proposée en formation continue aux professionnels de santé.[16]

L'arrêté du 02 août 2010 modifié le 31 mai 2013 impose une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignement théoriques et pratiques pour dispenser l'éducation thérapeutique.[15]

L'académie de médecine précise en 2013 que les médecins et les autres soignants doivent être initiés à l'ETP, dès la première année d'étude puis formés grâce à un module en 2ème cycle et au cours de leur Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) [17]

A Toulouse, les étudiants en médecine sont sensibilisés à cette pratique dès le deuxième cycle de leurs études. Pour les internes de médecine générale, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse a intégré l'ETP à la formation en 2012 au cours du 3^{ème} cycle sous la forme de séminaires de plusieurs heures.

Le haut conseil de santé publique, dans son rapport de 2009 intitulé « l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours » met l'accent sur l'importance de l'ETP de proximité au plus proche des lieux de vie des patients. Cette prise en charge doit s'appuyer sur l'ensemble des professionnels de santé libéraux, en précisant le rôle central du médecin généraliste et en lui attribuant un rôle de coordination.

Le rôle d'orientation des patients vers l'éducation thérapeutique, attribué au médecin traitant, est rappelé dans le rapport Jacquat de 2010. Ce dernier encourage les médecins généralistes à participer à la conception et à l'animation des programmes d'ETP.

Cette volonté de promouvoir l'ETP de proximité s'explique par l'augmentation du nombre de patients diabétiques sur le territoire et du constat que les programmes d'ETP hospitaliers ne pourront pas répondre à la demande globale.[18] [19]

En Occitanie, l'objectif est de développer l'ETP chez les malades chroniques et de donner la priorité aux programmes ambulatoires de proximité portés par des professionnels de premier recours. Cependant, la part de l'activité d'ETP conduite par des structures de proximité est faible, représentant 7.2 % lors du bilan réalisé par l'ARS Occitanie sur l'année 2016, la majorité de l'activité d'ETP étant assurée par les structures hospitalières.[20]

4. Description du programme d'éducation thérapeutique

C'est dans ce contexte que le programme d'ETP de proximité du bassin de santé de Muret est né, à la suite d'un appel à projet lancé en juin 2011 par l'ARS Midi-Pyrénées.

Une première enquête de faisabilité correspondant au travail de thèse d'Emilie Mercier a permis de rendre compte de la faisabilité du projet.[21]

L'Association Muretaine d'Education thérapeutique de Proximité a été créée le 30 août 2013 sous la forme d'une équipe pluridisciplinaire comprenant initialement deux médecins généralistes, une diététicienne, un podologue, deux infirmiers et deux pharmaciens.

Le premier programme d'ETP mis en œuvre concerne le diabète de type 2.

Le bassin de santé de Muret se situe dans le département de la Haute-Garonne qui fait partie de la région Occitanie, il compte 178 516 habitants soit environ 13 % de la population du département.[22]

La prévalence du diabète en 2013 en Haute Garonne a été estimée à 4.1 % avec un âge moyen de 66.5 ans ce qui se rapproche de la moyenne nationale et confirme une problématique bien présente dans le département.[23]

Plusieurs travaux de thèses ont accompagné la mise en place du projet d'ETP de proximité et son évaluation. L'élaboration du projet est décrite dans la thèse de Pernet Myriam suivie du travail de Marion Lieuze. Un état des lieux du programme a complété ces travaux avec la thèse de Castella Pauline soutenue en 2016. [24] [25] [26]

La collaboration des professionnels de santé de l'association a permis de structurer le programme en 9 séances de groupe et 2 séances individuelles. Le programme s'est déployé progressivement sur plusieurs zones géographiques pour répondre à l'objectif de proximité en commençant par les secteurs de Seysses et Labastidette. Des réunions de sensibilisation des professionnels de santé du secteur ont été mises en place préalablement afin de faire connaître le programme et de permettre un recrutement des patients suffisant à son déroulement.

Les patients intéressés sont contactés pour la réalisation d'un diagnostic éducatif, afin d'établir des objectifs éducatifs personnalisés. Ils reçoivent ensuite un livret éducatif, et une fiche d'information pour un consentement éclairé.

Les séances collectives durent entre une heure et une heure et demi, avec un rythme mensuel s'étalant sur plusieurs mois.

Le programme permet au patient de suivre les séances à son rythme en fonction de ses disponibilités avec une possibilité de rattrapage des séances en cas d'absence. Un entretien individuel est réalisé en fin de programme.

L'adhésion se définit comme le processus d'inscription dans une organisation. Ici, l'adhésion correspond au processus d'inclusion et de maintien dans le programme d'ETP.

L'objectif de cette thèse était de comprendre les facteurs déterminant l'adhésion de patients diabétiques de type 2 à un programme d'ETP de proximité dans le bassin de santé de Muret sous forme de séances collectives. Le but final est d'améliorer l'adhésion à l'ETP de proximité en donnant la parole aux malades.

II/MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

La méthode qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, a semblé être la plus adaptée pour explorer les motivations des patients diabétiques de type 2 à adhérer à un programme d'ETP de proximité. Il s'agissait d'explorer la question : « quels sont les déterminants de l'adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'ETP de proximité dans le bassin de santé de Muret » ?

Cette méthode permet de centrer la recherche sur le patient et son vécu, ce qui est en corrélation avec les grands principes de l'ETP. Cela permet de mieux comprendre les facteurs participant à l'adhésion à un programme d'ETP de proximité.

Afin de recueillir l'expression verbale et non verbale du patient plus librement et pour s'affranchir de la gêne occasionnée par la prise de parole en public lors de focus groupe, les entretiens individuels ont semblé être la meilleure option.

2. Echantillon

a. Critères d'inclusions/exclusions

Il a été conservé dans l'échantillonnage les patients, homme ou femme, diabétiques de type 2 ayant suivi au minimum trois séances d'ETP sur le bassin de santé de Muret de 2014 à 2017. Les patients prédiabétiques ont été exclus pour répondre à la question de recherche.

b. Mode de recrutement

La liste des participants aux séances d'ETP a été récupérée à partir de la plateforme google drive partagée par les intervenants du programme avec l'accord du médecin coordinateur du programme. Le recrutement des patients a été fait par contact téléphonique parmi les patients correspondant aux critères d'échantillonnage. Les participants à l'étude ont été sélectionnés pour obtenir un échantillon en recherche de variation maximale sur les critères de sexe, d'âge et le nombre de séances suivies. En cas de réponse favorable de la part du

patient, une rencontre était proposée. Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à la personne interrogée pour favoriser son confort. Les entretiens se sont déroulés soit au cabinet médical de Labastidette soit en extérieur (domicile ou lieu public).

c. Causes de refus

Toutes les personnes contactées n'ont pas fait partie de l'échantillon final. Pour des raisons de santé, deux participants potentiels n'ont pas pu prendre part à l'étude. Deux autres, toujours en activité professionnelle et âgés de moins de 50 ans, ont évoqué un manque de temps libre pour participer. De plus, plusieurs patients n'ont pas donné suite à la première sollicitation téléphonique. Un message était laissé systématiquement sur le répondeur.

3. Le rôle des chercheurs

Chaque chercheur a réalisé les différentes étapes du recueil de données individuellement : la rédaction du guide d'entretien, l'enregistrement et la retranscription de l'entretien, suivie de l'analyse du verbatim au fil de l'eau. A chaque étape, le travail était mis en commun entre les chercheurs et le directeur de thèse permettant une triangulation des données et une diminution de la subjectivité. Les ouvrages de Paul Frappé « Initiation à la recherche » et de Jean-Claude Kaufmann « l'entretien compréhensif » ont été utilisés pour la formation initiale à la recherche qualitative.[27] [28] . Le rôle du médecin et du chercheur sont dissociés, le principe de réflexivité est appliqué en permanence à chaque étape de l'étude.

4. Recueil de données

a. Entretiens semi dirigés

Les entretiens individuels semi-dirigés, réalisés par les chercheurs (Maxence Louis ou Johanna Thibaut), ont été retranscrits à l'écrit pour former un recueil de données déclaratives, base de l'analyse qualitative.

b. Elaboration et évolution du guide d'entretien

Le guide d'entretien semi dirigé a été rédigé à partir de recherche bibliographique préalable. Les principaux thèmes explorés ont été les suivants :

- La décision à participer au programme
- Les attentes des patients
- Le déroulement des séances d'ETP
- Les motivations à se maintenir dans le programme
- Le bénéfice ressenti suite au programme
- Le rôle du médecin traitant

Le guide d'entretien est composé de questions ouvertes. (**Annexe 1**) Des questions de relance ont été prévues pour favoriser la prise de parole. Le guide a été relu lors d'un atelier thèse dédié à la faculté de médecine de Toulouse et corrigé par notre directeur de thèse. Une analyse des premières entrevues a permis une évolution du guide d'entretien afin d'explorer des aspects non envisagés initialement et de supprimer des points non compris ou redondants. Il y a eu 3 guides d'entretiens au total. (**Annexe 2**)

c. Conditions de recueil

Les entretiens ont débuté en août 2017, le dernier a eu lieu le 29 août 2018.

La plupart des entretiens individuels se sont tenus sur le lieu de vie du patient, le plus souvent au domicile. Un entretien a été réalisé au cabinet médical de Labastidette et un autre dans un club sportif. Le lieu a toujours été choisi par le patient. En début de séance, les patients ont été informés du sujet de l'étude, de son déroulement et de l'anonymisation des données recueillies. Nous nous sommes présentés en tant que médecin chercheur et les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec accord écrit des participants. Des notes (communication non verbale, contexte) ont été prises au cours de l'entretien en complément de l'enregistrement audio.

d. Retranscription

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot dans leur intégralité par le chercheur qui a réalisé l'entretien. Cette retranscription correspond au verbatim. La communication non verbale a été intégrée. L'analyse des données a débuté à la suite de chaque entrevue et ce

dès le premier entretien. A la fin de l'entretien, le chercheur qui l'avait mené, retranscrivait sur quelques lignes le contexte et son ressenti de l'entretien (**Annexe 3**).

5. Analyse

Le premier niveau de codage est constitué par le découpage du verbatim en unité de sens. Il s'agit de fragmenter le texte en segments qui ne contiennent chacun qu'une idée unique. Le logiciel Nvivo a été utilisé pour le découpage. Chaque entretien était analysé par les deux chercheurs avec une mise en commun des analyses. En cas de désaccord, l'avis du directeur de thèse était demandé soit une triangulation des données. Le logiciel Nvivo nous a permis d'obtenir un « code book » soit une liste d'unité de sens ou nœud. Les 25 mots les plus utilisés par les patients sont présentés en **annexe 4**.

Un classement en sous-catégories puis un regroupement en catégories plus générales a été réalisé dans le but d'analyse en thématisation (**Annexe 5**).

La saturation des données a été difficile à atteindre, d'importantes difficultés ont été rencontrées dans le recrutement des patients. De nombreux refus, l'absence de réponse aux relances téléphoniques et l'arrêt de l'inclusion de nouveaux patients dans le programme ont été des obstacles à l'obtention d'un nombre suffisant de participants. Dix entretiens ont été analysés au total.

6. Ethique

Une fiche de consentement a été rédigée en suivant l'exemple de thèse pré existante. Le protocole a reçu un avis favorable du comité d'éthique (**Annexe 6**). Le consentement des patients a été recueilli au début de l'entretien avec signature de la fiche de consentement (**Annexe 7**). Les entretiens ont été anonymisés.

III/RESULTATS

1. Description de la population de l'étude : caractéristiques des patients :

a. Choix des indicateurs :

Les caractéristiques de la population de l'étude ont été recueillies: âge, sexe, activité, date du diagnostic du diabète, médecin suivant le patient, complications, type de traitement, taux d'hémoglobine glyquée, le nombre de séances suivies et les éventuelles expériences antérieures en ETP. L'échantillon en variation maximale a été recherché.

b. Les participants :

105 personnes faisaient partie du programme d'ETP. Selon les critères d'inclusion de l'étude, les patients devaient avoir participé à 3 séances d'ETP minimum. 48 personnes correspondaient et ont été contactées pour participer à l'étude. Au total, 12 personnes ont accepté de participer au travail de recherche. Les entretiens de dix patients ont été analysés. Deux entretiens réalisés n'ont pas été analysés : le premier car la patiente était pré diabétique (critère d'inclusion non respecté), le deuxième car la patiente présentait des troubles cognitifs. Le recueil de données a été arrêté après le 12ème entretien, en l'absence de réponse favorable au recrutement de nouveaux patients.

Les caractéristiques des patients sont présentées dans un tableau (**Annexe 8**). L'âge moyen était de 64.3 ans. Les patients étaient âgés de 55 à 70 ans. On comptait 6 femmes et 4 hommes. La majorité des patients étaient retraités (9 sur 10), un patient était actif. 4 personnes avaient un diabète évoluant depuis moins de 10 ans, 5 personnes entre 10 et 20 ans et 1 personne depuis plus de 20 ans. Tous les patients avaient un traitement médicamenteux : 1 seule patiente prenait une insuline lente. Les hémoglobines glyquées n'étaient pas disponibles pour tous les patients mais elles variaient entre 6.7 % et 7.8 % pour la plupart des patients. Un seul patient présentait une Hb1AC supérieure à 9 % sur le premier trimestre 2018. La moyenne d'HB1AC était de 7.47 % Deux patients sur dix étaient suivis en milieu hospitalier par un endocrinologue. 3 patients sur 10 présentaient des complications vasculaires du diabète. Concernant le programme, les patients ont participé à 7.7 séances collectives en moyenne. Le nombre variait de 7 à 9 séances. Tous les patients ont bénéficié d'une séance de diagnostic éducatif initiale et d'une séance

d'évaluation finale qui étaient individuelles. La moyenne du nombre de séances collectives réalisées par la totalité des patients du programme était de 2.82 séances et de 5.9 séances pour les patients correspondant aux critères d'inclusion. 6 participants sur 10 dépendaient du secteur de Labastidette, 2 dépendaient du secteur de Pinsjustaret et 2 pour le secteur de Seysses.

c. Concernant les entretiens :

L'entretien le plus long dure 38 minutes, l'entretien le plus court dure 14 minutes. La durée totale des entretiens était de 276 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes.

2. Attentes des patients

Les participants ont exprimé leurs attentes par rapport au programme d'ETP.

a. Volonté de s'informer sur la maladie

Il y avait souvent une demande d'apprentissage de connaissances générales sur la maladie : *« pour connaître un petit peu plus tout ce qui se passait »* (P5)

D'autres avaient une demande d'informations plus précises concernant les complications potentielles du diabète : *« moi il y a un sujet que j'attendais et qui n'est pas forcément venu, c'est les conséquences de cette maladie. »* (P8)

Une patiente voulait se tenir au courant des nouveautés dans la prise en charge de sa maladie : *« j'attendais heu... (Rires) si y 'avait d'autres trucs, d'autres choses qui ont évolué dans les prises de ...comment dire ... dans le diabète »* (P1)

L'idée de formation continue sur le diabète est exprimée, en comparant l'apprentissage du patient diabétique à celui d'un médecin lors de la formation médicale continue. *« C'est comme les médecins pour les médicaments ... ils suivent toujours des trucs hein je pense que c'est pareil »* P1

Plusieurs patients avouaient un manque de connaissances concernant la maladie initialement : *« C'est à dire je ne connaissais pas cette maladie comment il faut vivre avec,*

qu'est-ce qu'il faut manger ce qu'il ne faut pas manger euh notre hygiène de vie voilà je ne savais pas » (P4)

b. Volonté de se prendre en charge

Pour certains, participer aux ateliers d'éducation thérapeutique traduisait une volonté de se prendre en charge sur le plan de leur santé : *« pour équilibrer mon diabète » (P4) ; « Voilà c'est pour moi, pour essayer de m'améliorer voilà quoi » (P10)*

c. Connaissances préalables

Certains patients indiquaient être diabétiques depuis longtemps et avaient déjà des connaissances sur leur maladie : *« Ça fait très très longtemps que je suis diabétique donc je connais quand même pas mal de choses » (P5)*

Plus particulièrement concernant la nutrition : *« Je suis au courant de ce qu'on peut manger ce qu'on ne peut pas manger mais voilà c'était intéressant » (P8)*

Deux patients rapportaient avoir participé à des ateliers d'éducation thérapeutique auparavant : *« P : Ha ben j'ai fait 2 jours et demi et puis j'ai fait 2 séjours à la Fontaine salée pendant 3 semaines et 2 séjours à Bondigoux pendant 3 semaines » (P1) ; « il y a un endroit à Jeanne d'Arc j'ai été voir les médecins de la sécurité sociale un truc comme ça pour un bilan gratuitement je me rappelle plus. » (P5)*

Mais la majorité des patients n'avaient pas d'expérience d'éducation thérapeutique : *« non c'était la première fois » (P7).*

Des patients étaient demandeurs de rappel de connaissances préalablement acquises, ayant pris conscience de l'oubli des apprentissages au cours du temps : *« Ça fait pas de mal de revoir un petit peu » ; « c'est utile je pense de temps en temps de rappeler les choses parce que il semble toujours qu'on sait tout mais c'est pas plus mal de l'entendre de nouveau » (P2)*

d. Une recherche de la guérison

Parfois il y avait l'attente d'une solution miracle concernant le programme d'ETP : *« j'attendais heu... (rires) si y avait d'autres trucs, d'autres choses qui ont évolué dans les*

prises de ...comment dire ... dans le diabète c'est-à-dire des découvertes qui seraient, qui pourraient stopper le diabète » (P1)

e. Se confronter à d'autres diabétiques

Parmi les attentes exprimées, le besoin de se confronter à d'autres patients diabétiques a été retrouvé : *« comment les autres réagissent par rapport au diabète ... les autres personnes c'est ce qui m'intéressait le plus » ; « Pour être confronté à d'autres personnes » (P6)*

f. Pas d'attente préalable

Certains n'exprimaient pas d'attente préalable de prime abord : *« si on me l'avait pas proposé j'aurais jamais pensé à... » (P2)*

3. Inclusion : modalités d'entrée dans le programme

a. Rôle du médecin traitant

La majorité des patients ont été recruté par leur médecin traitant ou un médecin exerçant dans le même cabinet lors d'une consultation à l'oral ou à l'aide d'un dossier papier. Le médecin traitant était souvent l'organisateur des ateliers d'ETP : *« c'est mon médecin qui m'a proposé et j'étais d'accord voilà » (P4)*

Une relation médecin malade basée sur la confiance semble avoir été déterminante dans le choix de participer au programme : *« je lui fais confiance je me dis » « j'ai tout à fait confiance en lui » (P2)*

Cela explique que la majorité des patients ne se souvenait pas des arguments employés par leur médecin. La proposition était souvent acceptée sans discussion : *« Autrement avec X, on a pas parlé des heures, on fait une réunion, tu viens, on en parle là-bas, c'est bon, X je le connais depuis longtemps donc... c'est pour ça que je l'appelle X d'ailleurs » (P3)*

b. Proposition par le pharmacien

Deux patients ont été recrutés par le pharmacien participant aux ateliers d'ETP : « *c'est Monsieur Z qui travaille à la pharmacie à Pinsjustaret* » (P5)

c. Recrutement par les patients

Certains ont tenté de motiver des proches diabétiques à participer : « *Notamment, j'ai essayé de décider un camarade* » (P7)

4. Facteurs de maintien des patients dans le programme

a. Engagement des patients dans le programme

Des patients ont voulu participer par curiosité : « *la curiosité, d'abord je suis assez curieuse* » (P6)

Plusieurs patients ont déclaré toujours finir ce qu'ils commencent. La détermination permet aux patients de se maintenir dans le programme. Certains ont vécu cela comme un engagement personnel ce qui a favorisé le suivi des séances : « *je m'engage sur un truc je vais jusqu'au bout* » (P8)

Le soutien de l'entourage proche semble être un facteur motivant l'adhésion du patient au programme : « *J'en ai parlé à ma famille, ma femme, ma fille. Elles étaient contentes que j'y aille* » ; « *mes proches adhéraient complètement.* » (P8)

L'entourage peut même être une motivation à appliquer les connaissances : « *j'ai pas mal d'entourage qui m'aide aussi* » ; « *Si je commence à ... Hop, je suis recadré parce que mon épouse aussi est ancienne militaire,* » (P7)

b. Bénéfices ressentis

b.1 Meilleure prise en charge de la maladie

Les patients avaient le sentiment de mieux comprendre la maladie avec l'acquisition de nouvelles connaissances : *« on a peut-être un peu plus de connaissance même si elles sont pas parfaites » (P2)*

Ils rapportaient une amélioration des connaissances nutritionnelles que ce soit en terme d'équilibre alimentaire : *« j'ai appris beaucoup de choses premièrement comment ... qu'est qu'il faut manger, il faut manger équilibré. Il y a des trucs qu'on ne doit pas manger, il y a des trucs qu'on doit manger en quantité raisonnable » P4* ; ou bien de mise en pratique dans la vie quotidienne : *« il y a plein de trucs qu'on nous a donnés, qu'on nous a appris. Comment faire pour le petit déjeuner, les collations » (P5)*

La plupart avaient modifié leur comportement alimentaire avec une prise de conscience des excès: *« Déjà mon alimentation a changé. Mais après je ne peux dire que cela ou je ne le vois pas... l'alimentation c'est sûr, cela a changé. » (P10)* ; *« faire attention plus que je ne le faisais avant » (P7)*

Une patiente a acquis des compétences d'autorégulation en diminuant son risque d'hypoglycémie par la modification du régime alimentaire : *« On prenait ce qu'on voulait mais y avait pas les féculents donc quand 14h arrivait et ben j'étais comme ça toujours en hypo et depuis que j'ai associé les pommes de terre, les pâtes, un peu de riz, ça va. » (P5)*

Les participants ont acquis des connaissances sur les complications potentielles de la maladie ce qui a permis de provoquer une prise de conscience chez la majorité d'entre eux : *« Par contre sur le fonctionnement du rein, des conséquences du diabète sur les organes, ça ça m'a interpellé quelque part » (P2)* *« ça donne des conséquences » ; devenir aveugle, les reins marchent plus, si vous perdez la sensibilité , vous pouvez avoir la gangrène » ; « on peut vous couper la jambe, on peut vous couper le pied » (P1)*

Plus particulièrement concernant le risque podologique et ophtalmologique : *« Bon le podologue c'est pareil, moi au départ je savais même pas du tout que le diabète pouvait m'esquinter les pieds et ben voilà si j'avais pas des séances comme ça, je sais pas » (P3)* ;

Un atelier a permis de diminuer le risque d'erreur sur les prises de médicaments, d'améliorer l'observance et la compréhension du fonctionnement des médicaments antidiabétiques : « *pharmacie qui est venu pour expliquer sur les médicaments l'effet et le contre-effet.* » (P3) « *Il y a beaucoup de sortes de médicaments pour le diabète alors chacun a son ... voilà il faut les prendre comme ça voilà il faut les prendre à heure régulière, je ne savais pas comment c'est grâce à cette réunion que j'ai appris beaucoup à gérer mon diabète* » (P4)

Les patients ont appris des notions d'activité physique (type d'activité, durée, fréquence) et essaient de les appliquer : « *d'aller faire de l'exercice ça du coup c'était dans les objectifs que j'avais défini et ça je m'y tiens* » (P2)

b.2 Amélioration de la qualité de vie

Les séances ont permis aux patients de mieux accepter la maladie avec la prise de conscience d'être malade « *l'éducation thérapeutique c'est prendre déjà conscience qu'on a du diabète* » (P2)

Cela permettait aussi une déculpabilisation de la maladie : « *il ne faut pas avoir honte cela peut attaquer tout le monde* » (P4)

Certains évoquaient leurs difficultés à se sentir malade avec parfois un déni de la pathologie. Les ateliers leur permettaient de parler de leur maladie : « *oh il y a longtemps mais j'ai fait un déni un peu, c'est il y a longtemps* » (P6)

Pour certains, il y avait la notion d'apprendre à vivre avec la maladie grâce aux ateliers : « *il faut pas rester sans rien faire il faut faire des activités il faut vivre, il faut continuer à vivre* » (P4)

Parfois, cela permettait de se « sentir normal » à nouveau par l'alimentation : « *tandis que maintenant si vous dosez l'huile si vous dosez le reste, vous pouvez manger, comme tout le monde... quoi comme tout le monde oui* » (P1)

Pour d'autres, les séances ont permis de dédramatiser la situation : « *J'ai du diabète, c'est vrai, mais c'est pas dramatique...* » (P3)

b.3 Sentiment positif d'appartenance à un groupe

Certains patients expliquaient que l'effet groupe permettait de parler plus librement qu'avec leur médecin : *« moins intimidant d'être 7 ou 8 personnes avec la même maladie je veux dire que un tout seul devant même un médecin ... C'est peut-être plus simple d'exprimer les choses, le ressenti » (P2)*

Les séances en groupe de pairs permettaient aux patients de confronter leur vécu personnel avec une idée de se comparer aux autres qui revient fréquemment : *« Pour voir si ils étaient comme moi, moi je ne fais pas attention, enfin je ne faisais pas attention maintenant si » (P6)*

La confrontation à d'autres diabétiques peut permettre une prise de conscience plus concrète des complications de la maladie : *« de voir les uns ou les autres qui ont d'autres traitements parce qu'ils ont tel ou tel, eu telle ou telle conséquence avec le diabète heu ça fait un peu quelque part on se dit ha mince tu peux avoir ça tu peux avoir ça, » (P2)*

La comparaison aux autres pouvait parfois rassurer les patients : *« Parce que j'ai vu qu'il y avait des cas qui étaient beaucoup plus graves que moi quoi ils avaient des pompes et tout ça quoi je veux dire c'était assez » (P9)*

Le fait d'être en groupe permettait aux malades d'avoir un moment d'échange d'idées, de ressentis et de conseils pratiques : *« le fait d'être un groupe, on se retrouvait, chacun donnait ses trucs » (P9)*

Le groupe était perçu comme convivial et les sujets de discussions pouvaient dépasser le diabète : *« ils étaient très sympathique, on rigolait beaucoup, on parlait de tout et de rien. » (P5)*

Avoir un groupe hétérogène permet d'améliorer la richesse des échanges entre des individus : *« chacun intervient un petit peu pour son cas personnel quoi, tout le monde n'a pas le même ressenti donc c'est quand même intéressant de voir quand les gens souhaitent parler de les écouter. Les réactions des uns et des autres aussi, on voit pas tous les choses de la même façon. » (P2).*

Les ateliers apportaient pour certains un soutien psychologique. Une séance était dédiée au thème du stress ce qui permettait aux patients de discuter de leurs difficultés liées à leurs vie personnelle ou à la maladie et d'exprimer leur ressenti : « *on était content de discuter tranquillement de nos problèmes* » (P8) ; « *pour avec d'autres gens ont parlé chacun disait euh le problème de comment ils vivaient le stress* » (P4- patiente dans un contexte de divorce).

Les séances permettaient de rompre l'isolement face à la maladie permettant de créer du lien social autour de la maladie : « *on était tous dans la même galère* » (P8) ; « *Ben disons que si on voit que les gens qui sont diabétiques, on était entre diabétiques donc bon on pouvait sentir qu'on était pas seul quoi* » (P1)

c. Caractéristiques du programme

C.1. Représentation de l'éducation thérapeutique du point de vue des patients

L'éducation nutritionnelle est un élément majeur du contenu des séances pour les patients : « *c'est une ... déjà une formation pour bien manger,* » (P7)

Certains patients ont utilisé le mot formation pour définir l'éducation thérapeutique et ont fait allusion à l'école en parlant des ateliers d'éducation, avec une notion d'apprentissage : « *Parce que si on doit aller à l'école tous les jours, ha non (rires)* » (P5)

Certains ont employé le mot « thérapie » pour qualifier le programme : « *Il a fallu passer par ce genre de thérapie* » (P8)

Un patient pensait que les ateliers peuvent être bénéfiques à tous les patients diabétiques : « *c'est quelque chose qui peut apporter à tout le monde, à tous les diabétiques* » (P7)

D'autres patients ont eu des difficultés pour mettre des mots sur la représentation de l'éducation thérapeutique pour eux : « *aucune idée j'en sais rien... Qu'est-ce que... je sais pas* » (P3)

c.2. Contenu des séances

Le format en plusieurs séances avec des thèmes différents donne envie aux patients de revenir pour connaître la suite. Le fait d'apprendre leur donne envie d'apprendre encore plus : « *apprendre quelque chose de supplémentaire* » (P7)

Le programme permet une continuité dans l'apprentissage. Les patients prennent conscience de leurs acquis entre les séances, ils deviennent acteur de leur santé, ce qui leur donnait envie d'aller à la suivante : « *Ce qui m'a motivé c'est que je voyais que j'apprenais quelque chose et je voyais que c'était pour moi.* » (P10)

Un patient a trouvé être mieux informé lors des ateliers que lors de ses recherches sur internet « *oui mais bon c'est pas toujours bon parce que j'ai été voir sur internet un peu mais bon là au moins c'est de vive voix,* » (P3)

L'utilisation de différents supports d'apprentissage (rétroprojecteur, documents papier, supports visuels colorés, fiches diététiques pour les patients) était appréciée et permettait aussi de mieux marquer les esprits et de favoriser l'apprentissage : « *vert fruits et légumes, marron c'était féculent,* » ; « *ils nous donnaient plein de schémas et tout.* » (P5)

c.3. Les intervenants

La diversité des intervenants et des thèmes abordés permet aux patients de sortir de la routine de la consultation médicale : « *bon le médecin mais il va nous parler de tout à force c'est toujours la même personne c'est rasoir,* » (P3)

Les intervenants étaient considérés comme des experts par les patients : « *c'est des spécialistes et on est branché comme il faut quoi* » (P3)

Les patients ont décrit une complémentarité entre les différents intervenants. La diversité des intervenants permet un changement permanent des sources de savoir et permet de rompre la monotonie : « *après chacun est bon dans sa spécialité, c'était clair, tout ce qu'ils nous ont enseigné, c'est clair le podologue c'était très bien, la diététicienne aussi l'infirmière la pharmacienne* » (P6)

c.4. La proximité

La majorité des patients nous ont indiqué le bénéfice de l'organisation des séances à proximité de leur domicile, certains n'auraient pas suivi de séances d'éducation réalisées à Toulouse.

Pour la plupart des patients, se déplacer sur Toulouse constituait un frein à l'ETP : *« Attends il faut aller à Toulouse, se garer, à la sécu si ça avait été en plus au siège de la sécu il faut y aller donc j'ai pas voulu y aller non. Ça m'emmerdait d'aller à Toulouse, exactement. » (P3)*

Le fait d'appartenir à la même zone géographique apportait un cadre familial rassurant aux patients : Ils connaissaient parfois les autres participants ainsi que les intervenants *« c'était vraiment des personnes de W donc c'est peut-être au point de vue psychologique c'est mieux de pouvoir le faire comme on l'a fait on était entre nous là » (P7)* *« oui, parce que je connais très bien les parents qui sont de ma génération » (P7)* patient parlant de la pharmacienne.

Pour certains groupes, ils ont organisé un système de covoiturage pour pallier les difficultés de mobilité de certains, reposant sur la solidarité *« j'ai trouvé avec X c'est lui qui venait me chercher chez moi avec une autre dame et on allait à la pharmacie » (P5)*

Pour certains, il y avait une idée anxiogène associée à l'hôpital ce qui contrebalance l'effet rassurant de la proximité du domicile : *« bon déjà le fait d'aller à l'hôpital je pense que au point de vue psychologique ça doit faire travailler plus » (P7)*

c.5. L'organisation des séances

Pour la majorité des patients, l'organisation des séances était satisfaisante, ce qui favorisait leur maintien dans le programme.

Les patients interrogés trouvaient la durée des séances adaptée, cela leur permettait de rester concentrés et de pouvoir poser leurs questions : *« ça peut s'allonger suivant les questions que l'on pose hein donc on peut aller jusqu'à 1heure et demi mais ça allait pas plus loin. Non c'est très bien, c'est bien » (P3)*

Les patients pouvaient choisir en fonction de leur disponibilité : *« on me proposait des dates et des heures » (P2)*

Ils pouvaient également rattraper certaines séances manquées : *« j'ai pu les rattraper c'était convenable » (P1)*

Les horaires en fin de journée étaient préférés par les patients.

Assister aux séances de manière régulière était plus facile pour les patients retraités : *« la plupart des gens étaient comme moi, la plupart étaient retraités, on peut se libérer. » (P2)*

Les séances pouvaient regrouper des personnes à un stade de prédiabète ce qui permettait de diversifier les groupes : *« c'est ouvert facilement, ils ont même pris des gens qui avaient pas de diabète encore mais qui risquent d'en avoir » (P3)*

Le nombre de participants était adapté au travail en groupe, ce qui permettait de créer des échanges de manière équilibrée : *« je pense que c'est bien parce que c'est pas trop, 6 ou 7 personnes parce-que quand ça commence quelques fois à parler aussi, ça part dans tous les sens tandis que là non » (P7)*

Un certain nombre de personnes ont trouvé le lieu adapté à un travail d'apprentissage : *« on n'entendait pas de bruit il y a personne qui venait nous déranger ni rien, c'était vraiment très très bien » (P7)*

Le rythme mensuel a été apprécié par la majorité des patients : *« Une fois par mois c'est bon je crois il faut nous laisser réfléchir. » (P10)*

5. Facteurs limitants le maintien

a. Contenu des séances

Certains thèmes pouvaient générer de l'anxiété, c'était notamment le cas pour une patiente qui n'a pas participé à l'atelier podologique par crainte de voir des plaies : *« C'était sur les pieds avec les plaies et tout, ça non j'ai dit je vais pas aller, ça me fait trop... j'aime pas voir ça » (P5)*

Un patient a reproché un manque de personnalisation des séances : *« il y a des choses je m'en serai passé, tout le monde ne les connaît pas. On n'est pas assez rentré dans les détails. » (P8)*

Les séances pouvaient être perçues comme non exhaustives, c'est le cas pour un patient qui aurait voulu aller plus en profondeur lors de la séance sur les complications de la maladie : *« Oui je ne me sens pas malade, j'aurais voulu qu'on me fasse comprendre que j'étais malade, j'aurais bien voulu qu'on me donne des exemples de gens qui en meurent, des gens à qui on coupe le pied, on est pas allé jusque-là » (P8)*

Certains ont noté des inégalités dans l'intérêt porté aux thèmes des séances : *« mais toutes les séances, bon y en a qui sont plus ou moins intéressantes » (P2)*

b. Les patients

Les séances pouvaient manquer d'interactions au début car les échanges étaient timides initialement : *« non non enfin on ne se connaît pas, on ne se regardait pas trop, peut-être après, mais au départ non » (P6)*

Certains liens créés lors des séances se perdent à la fin du programme : *« qu'on garde pas beaucoup de contact » (P2)*

Une patiente a souligné l'impossibilité pour certaines personnes de participer aux séances, c'est le cas en cas de troubles cognitifs : *« Voilà lui, il aurait été là-bas, ça aurait rien donné. Il a pas un intellect, depuis l'accident, qui est plus bon quoi. » (P1)*

Le manque de soutien familial était retrouvé chez certains : *« Quand j'ai commencé j'ai parlé à mon mari que j'allais faire ces séances bon lui il me disait bon... ça sert à rien » (P4)*

Parfois, c'est une volonté des patients de ne pas partager avec leur famille au sujet de leur maladie par crainte d'être gênant pour l'entourage : P : *« Non je veux pas les embêter avec le diabète (rires) » (P1)*

c. Organisation

Il y avait parfois des problèmes de communication sur la programmation des séances et les patients pouvaient être prévenus trop tard.

Des séances programmées trop en amont conduisaient parfois à des oublis de la part des patients : *« j'ai oublié un rendez-vous, ça m'est arrivé deux ou trois fois » (P1)*

Une personne a trouvé le programme long à démarrer entre l'inclusion et le début des séances *« ça a pris beaucoup beaucoup de temps avant de commencer, » (P5)*

Un patient trouvait que les séances n'étaient pas régulières : *« le rythme c'est pas régulier » (P6)*

En fonction des salles utilisées, le lieu était parfois considéré comme trop petit : *« on peut dire c'est une petite pièce c'est-à-dire juste une table ronde si vous voulez, un tableau, un petit meuble ici et les chaises on était même coincés pour s'asseoir donc c'était vraiment petit » (P9)*

Un patient aurait préféré un lieu plus neutre qu'un cabinet médical. *« Par contre le lieu, c'est dans un cabinet d'un médecin, y a des chaises comme on peut mais bon voilà c'est tout. Y aurait une salle je trouve que ça serait un peu mieux, je l'ai déjà dit mais bon (rires) » (P3)*

d. Propositions des patients pour améliorer le programme

Un patient a proposé de faire une séance pour faire une sorte de débriefing entre les patients du groupe à distance du programme *« ça permettrait je pense que chacun apporte une nouvelle pierre à l'édifice de ce qu'on a déjà vu, de ce qui a été fait, de ce qu'on fait et qu'on a fait après par la suite » (P7)*

Les connaissances acquises s'oublient au fur et à mesure et certains ont conscience de la nécessité de revoir les choses : *« j'en referai parce que ça me remet les idées en place pour le diabète voilà puis y'a toujours des trucs qui sont... et puis y'a des fois on oublie tiens... j'ai pas retenu ça voilà » (P1)*

Plusieurs patients ont exprimé le souhait de refaire les ateliers. Une patiente en était à sa 2 -
ème expérience : « *Je pourrais y revenir parce que c'est vrai je me rappelle pas de tout.* »
(P3)

IV/DISCUSSION

1. Résultats principaux et comparaison à la littérature

Une schématisation des résultats principaux a été réalisée (ANNEXE 9)

a. Attentes et besoins exprimés par les patients

Il est important de connaître les attentes et les besoins des patients pour mieux comprendre les facteurs contribuant à leur adhésion à la démarche d'éducation thérapeutique.

Les principales attentes retrouvées après l'analyse des entretiens des patients étaient les suivantes :

- Une recherche d'informations complémentaires sur la maladie
- Connaître les complications de la maladie
- Rappel de connaissances préalablement acquises
- Une volonté de se prendre en charge sur le plan de leur santé
- Un besoin de se confronter à d'autres diabétiques

Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude « ENTRED » [13]. Il s'agit d'une étude quantitative réalisée auprès de 4296 patients diabétiques et de médecins dont l'objectif était d'évaluer les dimensions de l'information et de l'éducation des personnes diabétiques. Cette étude montrait que 80 % des patients diabétiques de type 2 se disaient bien informés sur le diabète, cependant 71 % des patients étaient demandeurs d'informations supplémentaires. Les principales informations complémentaires attendues par les patients portaient sur :

- L'alimentation pour 42%
- Les complications pour 33%
- Comment bien vivre avec le diabète pour 27%

Dans notre échantillon, connaître les complications de la maladie semblait une attente plus importante que l'alimentation. Il faut souligner que seulement 11% de la population de l'étude ENTRED avaient bénéficié d'une démarche d'éducation thérapeutique or les

attentes dans notre étude ont été recueillies après participation au programme d'ETP. Ces résultats sont à nuancer. L'ETP apportant de l'information significative sur le sujet de l'alimentation, l'expression des attentes par le patient a pu en être modifiée.

Le travail de J. Sandretto est une étude qualitative explorant les besoins et les attentes de patients diabétiques de type 2, asthmatiques et en surpoids, ayant participé aux ateliers d'ETP des centres de Champigny-sur-Marne dans leur totalité [29]. Ce travail mettait en évidence les attentes suivantes :

- Connaitre et comprendre la maladie
- Apprendre à manger équilibré
- Rompre l'isolement
- Entreprendre une démarche combative contre la maladie
- La mise en place d'un suivi postérieur aux séances d'ETP avec des piqures de rappel

Il existe plusieurs similarités avec cette étude : l'idée de rompre l'isolement avec le besoin de se confronter à d'autres patients diabétiques et un rappel des connaissances acquises avec la mise en place d'un suivi ultérieur. Par exemple, le patient numéro 7 aurait voulu qu'un retour d'expérience soit mis en place quelques mois après la fin du programme.

Le travail a analysé les attentes et besoins de patients déjà sensibilisés à la démarche d'éducation thérapeutique. En effet, l'un des critères d'inclusion était une participation à au moins 3 séances du programme. Il est intéressant de mettre en parallèle le travail d'E. Simon qui s'est intéressée aux besoins de patients diabétiques de type 2 n'ayant jamais bénéficié d'ETP[30]. Son travail montre que les patients expriment peu d'attentes et quand ils en ont, elles portent sur :

- Connaître les complications de la maladie auxquelles ils sont exposés
- Connaître les moyens pour équilibrer son diabète
- Le besoin d'une aide pour construire et entretenir sa motivation au changement

Le besoin de motivation au changement n'a pas été rapporté par les patients de l'étude. Les entretiens étaient réalisés après les séances, on peut supposer qu'ils étaient déjà entrés dans un processus de changement de comportement de santé. Dans notre étude, certains n'ont pas exprimé d'attente particulière.

Les attentes et les besoins des patients diabétiques évoluent aussi en fonction du stade d'acceptation de la maladie. La thèse qualitative de Bellil montre l'ambivalence concernant les attentes des patients diabétiques de type 2 [31]. Ceux-ci se disent satisfaits de la relation avec leur médecin généraliste, en partie parce qu'il ne leur renvoie pas l'image de malade. Mais ils se déclarent également insatisfaits de leur prise en charge, ils évoquent leur regret de ne pas en savoir plus sur la maladie, sur ses mécanismes, sur l'alimentation adaptée à leur situation. Il y a une évolutivité des besoins au fil du temps : ils en ont peu au début, puis lorsqu'ils ont accepté leur maladie, ils disent qu'ils auraient aimé que leur médecin leur apporte des connaissances sur leur pathologie, sur son évolution, sa gravité, et qu'il les aide à en prendre conscience. Dès lors, ils attendent un accompagnement sur la durée pour gérer le traitement et pour mettre en œuvre des changements d'habitudes de vie.

Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente permet de comprendre les relations entre différentes situations dans lesquelles se trouvent les patients et le désir de changement occasionné. Les personnes se retrouvent dans différentes phases :

- De pré-contemplation (le patient ne se sent pas concerné)
- De contemplation (le patient envisage de changer mais la balance effort/bénéfice du changement n'est pas en faveur)
- De préparation (prise de décision)
- D'action (mise en place du changement)

La finalité de ce processus est donc le changement de comportement avec possibilité d'un maintien ou de rechutes replaçant alors le patient dans l'une des phases précédemment citées. [32]

C'est un processus qui peut être long, le rôle des soignants est d'accompagner le patient dans ce cheminement. Sous couvert d'une attitude empathique, l'entretien motivationnel est un outil précieux pour le professionnel de santé.

b. Les intervenants du programme d'ETP

b.1. Place du médecin traitant

80% des patients de l'étude étaient suivis par leur médecin généraliste sans suivi endocrinologique concomitant. Ces chiffres correspondent à ceux de l'étude ENTRED. [13]

La majorité des patients de l'étude ont intégré le programme par l'intermédiaire de leur médecin traitant, c'était le cas de 9 patients sur dix. Une relation médecin patient basée sur la confiance a été évoquée par la majorité des patients et semble avoir été déterminante dans l'orientation vers le programme d'ETP.

Nous avons eu finalement peu de résultats concernant le ressenti des patients par rapport au rôle du médecin généraliste dans leur adhésion au programme. Nous expliquons cela car 5 patients sur 10 avaient pour médecin traitant le médecin coordinateur du programme ce qui représente probablement un frein à l'expression des patients (conscient ou inconscient). Il aurait probablement fallu inclure plus de patients dont le médecin généraliste était extérieur au programme pour diversifier les éléments de réponse.

Le médecin traitant occupe une place centrale dans la prise en charge des patients diabétiques, avec également un rôle d'orientation dans le système de soins. Son rôle est essentiel dans l'inclusion des patients au programme d'ETP de proximité.

Le rapport HCSP de novembre 2009 recommande le développement de l'ETP de premier recours en raison de l'augmentation de la prévalence du diabète et place le médecin traitant au centre du dispositif.[18]

Emilie Simon explique que les patients ont besoin d'aide pour construire leur motivation au changement. Dans son travail, les résultats montrent que des patients n'ayant jamais bénéficié d'ETP choisiraient plus facilement leur médecin traitant pour la mettre en œuvre. Elle explique cela car ceux-ci s'en remettent au professionnel avec qui ils ont une relation privilégiée.[30]

Le médecin traitant reste donc pour la personne malade un interlocuteur privilégié avec une relation de confiance qui s'est créée progressivement, souvent sur des années. Il

accompagne sur la durée et connaît l'histoire de vie des patients. Il est donc dans une position naturelle pour assurer l'orientation vers une démarche éducative.

Par contre, les résultats de la thèse de D.Bellil montrent que des patients ayant bénéficié d'ETP au sein d'un réseau, bien que satisfaits de leur relation avec leur médecin, ne considèrent pas que ce soit son rôle de mener l'éducation thérapeutique. Ce travail retrouve que les patients ont une idée préconçue du médecin généraliste.[31]

C'est donc aux médecins généralistes de prendre conscience du rôle qu'ils ont à jouer en matière d'ETP et de changer de posture. En effet, selon l'étude Entred 2007, 33% des médecins généralistes interrogés pensent que les patients ne ressentent pas le besoin d'une éducation thérapeutique.[13]

Le fonctionnement habituel du médecin repose sur le mandat « identification d'un problème-apport de solution » or l'éducation thérapeutique nécessite de changer de position avec l'objectif de construire un projet avec le patient et à son rythme.[33]

C'est en adoptant une posture éducative que les médecins pourront faire évoluer la relation médecin malade. Il y a donc un changement à opérer dans l'esprit des deux parties, le patient devient de plus en plus acteur de sa santé, il y a une horizontalisation de cette relation avec développement d'un partenariat, condition nécessaire à la mise en place d'un projet centré sur la personne et non uniquement sur la maladie.

Ces évolutions sont nécessaires pour que le médecin traitant soit source d'adhésion à l'ETP.

Il y a cependant des freins à la pratique de l'ETP en médecine générale avec plusieurs difficultés identifiées par les médecins qui sont bien décrites dans la thèse de O. Burit : un manque de temps avec des consultations qui sont courtes, un manque de formation initiale, un manque d'outils pédagogique, un manque de reconnaissance et un manque de coopérations entre professionnels.[34]

A Toulouse, les étudiants en médecine sont sensibilisés à l'ETP durant leur formation. Les internes de médecine générale bénéficient de séminaires de formation durant leur cursus de 3 -ème cycle leur permettant de valider les 40 heures requises pour pratiquer une activité

d'ETP. Cela confirme une volonté forte de promouvoir cette pratique en médecine générale.

b.2. Le travail en équipe : une diversité d'intervenants

Les patients interrogés ont apprécié le caractère pluridisciplinaire du programme. La rencontre avec plusieurs professionnels (podologue, infirmière, pharmacien) était intéressante car elle permettait de rompre une certaine routine de consultation avec le médecin généraliste. Le patient 3 a décrit la consultation avec son médecin traitant comme « rasoir ». La diversité permet de rendre l'apprentissage plus ludique.

Chaque séance avait un thème différent, ce qui suscitait l'intérêt des patients.

Les intervenants étaient considérés comme des experts et les connaissances apportées étaient complémentaires les unes par rapport aux autres.

De même, le rôle d'orientation des patients vers un programme d'éducation thérapeutique n'incombe pas seulement au médecin. Ce rôle dépend de la relation de confiance que le professionnel de santé aura créée avec le patient, ainsi un grand nombre de professionnels de proximité peuvent concourir à créer la motivation nécessaire pour adhérer à une prise en charge en éducation thérapeutique.

Les pharmaciens ont un rôle important à jouer en matière d'ETP de proximité, car ils revoient les patients tous les mois ou tous les trois mois, permettant d'identifier des difficultés et des besoins en matière de traitement antidiabétique. Ils incarnent symboliquement le médicament dans les représentations des patients. En tant que premier référent de santé consulté, le pharmacien incarne la proximité, il se positionne parfois en confident et peut permettre au patient de faire le lien entre les connaissances médicamenteuses et leurs applications dans la vie quotidienne [35] [36]

Un travail en coopération avec le médecin traitant apporte un bénéfice indiscutable pour la prise en charge des patients. La HAS précise le caractère pluriprofessionnel et multidisciplinaire dans son guide méthodologique publié en 2007. [10]

Les patients peuvent progressivement devenir moteurs de l'adhésion à l'éducation thérapeutique en se rendant disponibles pour motiver d'autres patients à participer. L'ETP est un travail d'équipe dans laquelle le patient doit progressivement en devenir le capitaine.

c. Une expérience bénéfique

La majorité des patients ont décrit l'expérience d'ETP bénéfique avec une amélioration de la prise en charge de leur maladie et de leur qualité de vie. Ces bénéfices ont constitué un facteur de maintien dans le programme.

Plusieurs études ont montré un impact positif de l'ETP avec une baisse significative de l'hémoglobine glyquée. [37]

Les résultats retrouvent une amélioration de la prise en charge décrite par les patients avec acquisition de connaissances théoriques et pratiques, à travers des apprentissages variés.

Sur le plan diététique, l'apprentissage est apparu comme essentiel selon les patients. Un patient définit l'ETP par « apprendre à mieux manger » (patiente numéro 1). Un meilleur équilibre alimentaire a été évoqué avec des efforts faits au quotidien.

L'apprentissage était favorisé par l'utilisation de supports pédagogiques qui ont été appréciés par les patients, comme les fiches alimentaires utilisées par la diététicienne et qui pouvaient être réutilisées par les patients à domicile. Une patiente sous insuline a ainsi diminué son nombre d'hypoglycémies. Il y a une prise de contrôle sur la maladie et l'acquisition de compétences d'autoadaptation qui font partie des objectifs de l'ETP.

Sur le plan de l'activité physique, certains indiquaient faire des efforts pour augmenter leur pratique mais c'est un bénéfice qui est apparu secondaire au niveau du discours des personnes interrogées.

Dans sa thèse, Jennifer Laboue avait mis en évidence une satisfaction importante des personnes participant aux ateliers pratiques d'éducation à l'activité physique avec pour résultat la création d'un club de sport local par les patients du réseau d'ETP de proximité [38]

Les patients décrivent une amélioration du suivi ophtalmologique et du suivi podologique. Certains patients ont découvert l'importance de la surveillance des pieds lors des ateliers, notamment le patient numéro 7 qui est diabétique depuis 2012.

Les patients ont pris conscience de leur maladie et de ses complications ce qui permet d'améliorer leur suivi et leur dépistage. L'enquête « Diabasis » montre que les patients diabétiques s'estimaient en bonne santé tout en admettant que le diabète était une maladie

grave. [39]L'idée de prendre conscience d'être malade est revenue de nombreuses fois lors des entretiens. Les ateliers ont été un déclic pour certains.

La prise de conscience d'être malade est une étape dans les phases d'appropriation d'une maladie chronique. Cette théorie est décrite dans l'ouvrage de Ninot et Roche, l'appropriation d'une maladie chronique passe par 6 phases :

- Le déni des symptômes
- L'inquiétude
- Le choc de l'annonce
- La dénégation
- L'anxiété liée à la maladie
- La dépression mineure liée à la maladie chronique [40].

La phase d'appropriation correspond à une réorganisation psychique : prise de conscience qu'il faut faire face à la maladie en limitant les conséquences sur la vie quotidienne. Les ateliers d'ETP sont une aide dans le processus d'appropriation de la maladie chronique.

Paradoxalement, les patients ont très peu évoqué l'atelier sur le stress et la gestion des émotions. Cet atelier était animé par une infirmière ayant suivi une formation en psychologie. C'est l'effet du groupe via le partage des expériences et des ressentis qui semble le plus utile sur le plan psychologique et qui est un facteur essentiel de maintien dans le programme.

L'aspect psychologique est important à prendre en compte dans le suivi des patients diabétiques. Cela a été le cas d'une patiente pour laquelle le groupe a permis un véritable soutien dans une période de vie difficile (divorce). Les difficultés psychologiques concernent un grand nombre de patients diabétiques, comme le montre l'étude DAWN 2 dans laquelle 36 à 40 % des patients diabétiques présentaient des éléments dépressifs. [41]

La thèse qualitative de Descamp Pauline explorant le vécu de patients diabétiques ayant participé aux ateliers d'éducation en groupe à la maison de santé d'Outreau retrouve un bénéfice de l'ETP sur le moral des patients interrogés [42]

La qualité de vie est également améliorée. Selon l’OMS, la qualité de vie est « la perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

L’acquisition de connaissances et l’appropriation de la maladie au fur et à mesure du programme augmentent le sentiment d’efficacité personnelle (concept d’empowerment) avec un sentiment de reprise de contrôle sur la maladie et contribuent à l’amélioration de la qualité de vie des patients.

De nombreux patients ont utilisé un vocabulaire scolaire (« école », « les cours »), les patients associent les ateliers à un lieu d’apprentissage comme une école. On retrouve d’ailleurs des similitudes entre un groupe d’ETP et un groupe scolaire :

- La notion d’apprentissage théorique et pratique
- La création de liens sociaux avec des échanges entre pairs
- Une inscription dans la durée avec une notion de suivi

Les bénéfices exprimés par les patients sont concordants avec les attentes recueillis ce qui semble être un facteur d’adhésion au programme supplémentaire.

d. L’appartenance à un groupe

Dans la Grèce antique, des vertus thérapeutiques de l’expérience relationnelle de groupe sont déjà décrites. Un groupe peut être défini comme un rassemblement ou un ensemble de personnes qui ont un intérêt commun, ici l’auto-prise en charge du diabète.

L’étude montre l’importance de la comparaison aux autres malades, ce qui a été un facteur d’inclusion et de maintien dans le programme. Se confronter aux autres permet de se situer par rapport à la maladie et permet de modifier ses comportements de santé. Cela pouvait rassurer certains et cela contribuait aussi à une prise de conscience sur les risques de la maladie.

Le groupe permettait un échange dynamique d’idées, de ressentis dans un cadre convivial et respectueux qui a été apprécié par les patients. C’est aussi un lieu d’expressions émotionnelles. Les séances de groupe permettent l’acquisition de compétences

psychosociales par la confrontation d'individus différents et la mise en place d'une coopération dans la construction des savoirs. [43]

L'hétérogénéité du groupe permettait d'avoir des échanges plus riches en fonction des différents vécus des participants. Le groupe a permis une liberté d'expression en diminuant l'emprise que peut avoir le soignant dans une relation de dualité (verticalité de la relation habituelle). Les sciences en psychologie sociales montrent qu'il est plus facile pour les individus de modifier des opinions ou des comportements lorsqu'ils se trouvent en petit groupe plutôt qu'en face à face. De plus, les informations, conseils ou critiques constructives sont mieux acceptés quand ils viennent de pairs que de la part de professionnels de santé. Un nombre adapté de personnes et des séances en groupe de taille modérée (8 à 10 personnes) permettent des interactions optimales entre les participants [44]. D'ailleurs tous les participants de l'étude ont trouvé le nombre de participants adapté.

Les ateliers ont permis de rompre l'isolement, les patients ont pu se sentir moins seuls, et se sont rendu compte que d'autres partagent leurs sentiments, leurs peurs et leurs perspectives.

Dans le cadre du diabète, les interventions d'éducation thérapeutique ont montré leur utilité que ce soit en individuel ou en groupe.

Dans une méta-analyse, Norris *et al* ont comparé l'ETP en groupe à l'ETP individuelle et ont conclu à une supériorité de l'ETP de groupe pour les interventions sur le mode de vie (alimentation et activité physique) sans montrer de différence significative sur le contrôle glycémique[45] [46] [47].

De plus, il y a probablement une complémentarité entre les deux type d'intervention comme le suggère une étude chez 1369 diabétiques de type 1 et 2 insulinotraités qui montre qu'une intervention d'ETP de groupe après une prise en charge individuelle s'accompagne d'une amélioration de l'équilibre glycémique en comparaison aux patients ayant bénéficié seulement d'une intervention individuelle.[48]

e. La proximité

La majorité des patients de l'étude ont relevé l'importance de la réalisation des ateliers à proximité de leur lieu de vie. C'est un élément essentiel à l'adhésion des patients au programme. La majorité des patients n'auraient pas assisté à des séances sur Toulouse qui

est la métropole régionale. Cette proximité se traduit par la facilité d'accès (facilité de parking, trajet court, covoiturage possible entre patients), mais également par la rencontre entre des patients vivant dans le même bassin de santé. L'un des avantages supplémentaires est la connaissance entre les patients et les intervenants ou organisateur. Une personne rapporte qu'elle était rassurée de connaître la famille de l'intervenant, ce qui contribuait à créer un climat de confiance. Cette proximité permet d'apporter un côté convivial et moins anxiogène par la réalisation des ateliers en ambulatoire versus en milieu hospitalier. L'hôpital semble associé à la maladie, à la gravité d'un état de santé, et a un environnement froid et aseptisé. A. Roy a déterminé que : « Ce que ressent un patient en entrant à l'hôpital est une anxiété envers un milieu inconnu qui est cet hôpital; l'hospitalisation reste un moment difficile à vivre et anxiogène ».[49] La thèse de Jennifer Laboue mentionne également une satisfaction des patients à réaliser les ateliers à proximité du domicile.[38]

La proximité favorise la solidarité et la création de lien social. Cette idée est bien illustrée dans la mise en place de covoiturage pour permettre aux personnes sans moyen de locomotion d'assister aux séances.

L'accessibilité des soins est reconnue comme un facteur de qualité de vie pour les patients atteints de maladie chronique. La friction de la distance (= distance decay) exprime que le taux d'utilisation d'un service diminue avec la distance selon un modèle exponentiel (observation faite par Jarvis en 1851, confirmée par de nombreuses études sur la démographie médicale). Dans le rapport sur les soins de proximité, il est montré que l'effet de friction de la distance semble plus marqué sur le plan de la prévention que pour les soins curatifs. L'éloignement semble plus dissuasif pour les traitements dont l'efficacité a été moins démontrée. On peut considérer l'éducation thérapeutique comme un soin préventif pour les patients. [50]

Il est donc important que cette prise en charge soit réalisée à proximité des lieux de vie des patients.

f. Les limites et pistes d'amélioration du programme d'ETP

Il est important de s'intéresser aux limites exprimées par les patients afin d'élaborer des pistes pour améliorer l'adhésion à l'éducation thérapeutique de proximité.

L'absence de personnalisation des séances est regrettée par certains. Des séances supplémentaires plus personnalisées pourraient être proposées selon le choix des patients à la suite du programme pour répondre à cette problématique individuelle. On retrouve l'idée d'une complémentarité entre une éducation thérapeutique de groupe et une éducation thérapeutique individuelle qui serait par définition plus personnalisée. Dans l'étude de Robin-Quach, la connaissance des représentations du malade sur sa maladie et ses besoins éducatifs permet de définir un programme d'ETP plus adapté et plus efficace. [51] On retrouve ici l'idée de l'importance du diagnostic éducatif avec l'évaluation des représentations du patient et la fixation d'objectifs initiaux.

Une inégalité d'intérêt est exprimée selon les patients et les thèmes abordés, ce qui est inhérent aux formations de groupe. Certaines séances abordent des thèmes déjà connus par certains patients, ce qui peut leur sembler redondant. Les malades chroniques connaissent en général bien leur maladie et les règles hygiéno-diététiques associées. Pourtant, en pratique ces règles sont loin d'être appliquées. Une étude menée sur 70 000 patients diabétiques de type 2 en Ile de France retrouve une observance de 59% voire 47% chez les patients en initiation de traitement. [52]

Certains patients mentionnent qu'un rappel des connaissances est toujours bénéfique.

Parfois, les séances ont pu être source d'anxiété. Des patients n'ont pas voulu suivre la séance de podologie de peur de voir des orteils sectionnés. A contrario, un participant aurait souhaité voir des images plus choquantes (type amputation) pour déclencher une prise de conscience. Une information initiale des différents thèmes abordés pourrait être proposée pour éviter l'absentéisme. L'ETP doit être adaptée aux représentations et au ressenti des patients.

La réalisation des séances en groupe pouvait parfois poser problème par manque d'interactions initiales, avec des échanges timides. La participation à un atelier de groupe peut correspondre à certaines personnalités et au contraire être inadaptée à d'autres personnes. Il est donc nécessaire d'identifier les profils compatibles avec ce type de prise en charge.

Nous avons identifié des traits de personnalités qui sont revenus chez plusieurs patients, à savoir une tendance à la curiosité et un comportement déterminé avec l'idée de toujours finir ce qui est commencé (ici le programme d'ETP).

Les professionnels de santé pratiquant l'ETP doivent donc sélectionner les formes d'ETP possibles en fonction du profil psychologique et cognitif du patient qu'ils évaluent. L'HAS recommande de proposer l'ETP à tous malades chroniques, les difficultés d'apprentissages, le niveau socio-culturel ne doivent pas empêcher la réalisation de l'ETP. En pratique, ce n'est pas toujours possible. [11]

Il faut prendre en compte les capacités cognitives et motrices du patient, c'est le cas d'une patiente qui nous parlait de son mari également diabétique en incapacité de suivre les séances à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Une autre personne interrogée semblait présenter des troubles cognitifs débutants, son entretien n'a pas pu être analysé.

Le concept de health literacy (littéracie en français) regroupe les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité à obtenir, comprendre et utiliser des informations pour favoriser une bonne santé. Son niveau est relié à la qualité de vie et à l'évolution favorable de la maladie chronique. [53] Cela montre que tous les patients ne sont pas égaux par rapport à la compréhension et à l'appropriation des informations de santé qui leur sont dispensées.

Un manque de soutien familial peut être un facteur freinant l'adhésion des patients aux séances. La plupart des personnes interrogées nous ont rapporté un entourage soutenant. L'un des participants, en difficulté psychologique, n'était pas soutenu sur le plan familial (P4), cette personne a pu trouver du soutien par l'intermédiaire du groupe lors des séances.

En effet, l'étude DAWN 2 réalisée en 2012 a montré que l'entourage représente un soutien très important dans la prise en charge globale. L'entourage fait partie du quotidien du patient, il a donc un impact sur celui-ci et à l'inverse, le diabète a des conséquences pour les proches du patient. [41]

En Occitanie par exemple, le réseau « Audiab » a créé un programme « Diabète oui et alors ? » en 2018 avec la participation des conjoints des patients. Les premiers résultats sont très positifs avec le souhait des adhérents de modifier leurs comportements.

Le lieu de formation a été décrit comme bien équipé mais pour certains trop petit. De plus, c'est un cabinet médical qui renvoie une image de lieu de soin. Certains patients auraient souhaité un lieu plus neutre.

Des problèmes d'organisations et de communications entraînant l'absence de patients à certaines séances sont remontés auprès de l'organisateur.

L'IPCEM (Institut de perfectionnement en communication et éducation médicale) indique que les raisons de non venue des patients aux séances d'éducation thérapeutique sont : le manque de temps, la distance géographique, le lieu, l'horaire, le manque de conviction des soignants envers l'ET. [54]

Une des limites évoquées est l'oubli des connaissances dans le temps. Plusieurs études montrent un bénéfice clinique des interventions éducatives sur la prise en charge globale du diabète, elles montrent également une perte de ce bénéfice dans le temps, ce qui souligne l'importance d'un processus continu pour l'éducation des patients.[55] [56] [47] [46]

Lozano et al. ont montré qu'après une année, le niveau de connaissance diminue alors que la glycémie à jeun et l' HbA1c augmentent. La répétition d'une intervention éducative à ce moment-là permet un renforcement des connaissances avec une amélioration significative de l'HbA1c. [57]

Il y a donc un intérêt à la mise en place d'une ETP de renforcement à distance du programme pour maintenir le bénéfice des apprentissages.

Dans d'autres travaux, une limite décrite par les patients était la perte d'anonymat lors des ateliers en groupe. Les patients interrogés n'ont pas évoqué cette contrainte. Nous avons inclus des patients ayant suivi au moins 3 séances. En interrogeant des patients qui ont refusé de participer ou qui ont arrêté après la première séance, les limites exprimées seraient probablement différentes.

Une participante a proposé qu'une séance soit animée par un patient diabétique. Dans certaines études, le retour de séances d'ETP données par des patients considérés comme « patient expert » est positif. Il existe des « universités de patients » dans plusieurs villes de France. Par exemple, la faculté de sciences médicales et paramédicales d'Aix-Marseille

délivre un certificat universitaire d'éducation thérapeutique pour patients experts, c'est une formation d'un an. Ce certificat permet au patient d'animer ou de coordonner des programmes d'ETP. En 2016, ils étaient 123 patients experts diplômés. Un atelier animé par un patient peut amener des échanges différents entre pairs. Par définition, les animateurs des séances d'ETP doivent avoir suivi une formation spécifique de 40 heures pour que la formation soit validée par l'ARS. Les intervenants sont décrits comme des « spécialistes » ce qui peut parfois créer une barrière entre l'intervenant et le patient. [58]

Une autre idée intéressante était de réaliser une séance de debriefing plusieurs mois après le programme afin d'échanger au sujet des modifications d'habitude de vie suite à la formation. L'idée de partage d'expériences après la formation nous semble intéressante pour permettre aux patients de se maintenir dans leur changement de comportement de santé.

Plusieurs patients souhaitent refaire des séances, une patiente avait déjà refait le programme une fois. Leur objectif était d'apprendre de nouvelles connaissances, de combler leurs lacunes et de confirmer leurs savoirs. Il serait intéressant d'inviter les participants à se réinscrire aux séances s'ils en ressentent le besoin.

Dans l'étude, les patients ont très peu parlé des séances consacrées à l'activité physique et au stress. Intégrer une activité physique sous forme de séance pratique avec un éducateur sportif rendrait peut-être plus attractif la séance et plus marquante avec par exemple des activités sportives de groupe comme cela existe dans certains programmes. L'activité physique a un impact positif sur la baisse de la mortalité toutes causes, sur la mortalité cardiovasculaire et sur l'amélioration du contrôle glycémique chez le diabétique de type 2. Elle permet d'augmenter les capacités fonctionnelles et la perte de poids. Sa pratique en groupe de diabétiques permet la création de lien social. Cet ensemble de bénéfices permet une amélioration de la qualité de vie [59]

Une autre piste d'amélioration serait d'inclure un psychologue à l'équipe éducative. L'ETP est une approche complexe biopsychosociale qui prend en compte le sujet dans son ensemble. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, l'intervention du psychologue a toute sa place, pour repérer, soutenir ou renforcer les compétences psychosociales. Il peut faciliter l'expression du ressenti et l'élaboration psychique des patients face au vécu de la maladie, toujours différent d'un patient à l'autre et avec des répercussions psychologiques tout aussi

variables. Il est donc une aide complémentaire pour appréhender la globalité de la situation d'un patient en matière d'ETP. Il pourrait aussi jouer un rôle de soutien professionnel au sein des équipes d'ETP en guidant les soignants vers une réflexion autour de leur pratique. [60] [61]

Certains patients décrivaient le lieu comme inadapté (salle trop petite, bureau médical). Fin 2018, le programme a reçu l'autorisation par l'ARS pour être reconduit pendant une durée de 4 ans. Une maison de santé est en train d'être créée sur le secteur de Labastidette. Le programme d'ETP peut profiter de cette structure pluridisciplinaire pour être amélioré sur le plan organisationnel et s'enrichir de nouveaux professionnels de santé. Le rapport JACQUAT de Juin 2010, relatif à l'ETP, indique que « l'offre doit être accrue en secteur ambulatoire afin d'offrir une offre de proximité, facilement accessible pour les patients [...] les maisons et pôle de santé deviendront les lieux de référence pour la pratique de l'ETP en ambulatoire » [19]. Les maisons de santé sont des structures pluriprofessionnelles, de proximité avec un projet de santé défini et autorisé par l'ARS. [62]

2. Forces et limites de l'étude

a. Les forces :

a.1. Forces liées à la méthode et au sujet

C'est une thèse qualitative, cette étude à l'avantage de donner la parole aux patients diabétiques. L'objectif de l'étude a été de comprendre leurs motivations à intégrer et continuer un programme d'ETP de proximité en évaluant leurs attentes, leur ressenti et en recueillant leurs propositions. Le but étant d'augmenter le taux de participation à ces programmes de proximité.

Le sujet est original, plusieurs études ont étudié les freins et l'avis des médecins sur l'inclusion des patients dans des programmes d'ETP mais peu ont recueilli le ressenti des patients. Le patient doit être au centre de l'ETP. La promotion de l'ETP de proximité est un sujet d'actualité. En 2018, la SETSO (Société d'Education Thérapeutique Sud- Ouest) accompagnée par l'agence de communication Couleur Citron a lancé pour l'ARS Occitanie une campagne de communication auprès du grand public et des professionnels de santé en Midi-Pyrénées intitulée « Je suis un grand malade et alors ? ».

Ce travail s'inscrit dans une suite de thèses et vient compléter les travaux de recherche précédents sur le programme d'ETP du bassin de Muret.

La validité interne est permise grâce au double codage, à la triangulation des données et à l'utilisation d'un guide d'entretien semi-directif. Les Critères COREQ ont été respectés. [63] (**Annexe 10**).

a.2. Forces liées aux résultats

Concernant la population, la variation maximale des données a été recherchée (Age, date de diagnostic, nombre de séances suivies). Le critère d'inclusion était de 3 séances minimum, ce qui permettait de recruter des profils de patients différents.

L'âge moyen était de 64.3 ans ce qui se rapproche de l'âge moyen de la population diabétique (données comparables aux données épidémiologiques).

b. Les limites

b.1. Limites liées aux investigateurs

Nous étions débutants en recherche qualitative. Nous avons suivi des formations dispensées par la faculté de médecine. Cette inexpérience a pu créer un biais dans le recueil de données lors des entretiens semi structurés (temps de relance trop court, questions fermées).

Nous nous sommes présentés comme médecin chercheur, ce qui pouvait entraîner un défaut de verbalisation des critiques envers le corps médical. De plus, la majorité des patients avaient pour médecin traitant le médecin organisateur des ateliers (6 sur 10).

b.2. Limites liées au recrutement

La saturation des données a été difficile à atteindre. Après le 12 -ème entretien, il n'y avait pas de nouveaux patients acceptant d'être inclus (nombreux refus, absence de nouveaux patients inclus dans le programme en 2018), nous avons donc stoppé les entretiens. Les hypothèses expliquant ces refus sont les suivantes :

- Un espace temporel trop important entre la fin des séances d'ETP et les entretiens ce qui représente un biais de mémoire

- Beaucoup de refus venant de patients ayant suivi peu de séances par probable manque d'intérêt pour l'ETP.

Il aurait été également intéressant d'inclure plus de patients actifs sur le plan professionnel.

On peut supposer que les patients acceptant de participer à l'étude sont plus motivés que les autres, ce qui est un biais de sélection au niveau de l'échantillon. D'ailleurs les patients inclus avaient suivi en moyenne 7.7 séances, ce qui est supérieur au nombre moyen des 105 patients du programme (2.8 séances collectives).

V/ CONCLUSION

Le diabète de type deux est une maladie chronique fréquente qui touche plus de 3.3 millions de personnes en France. Cette maladie est à l'origine d'une altération de la qualité de vie des patients. L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge globale du diabète selon les recommandations de la HAS et a pour but l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation. En pratique, trop peu de patients accèdent à ce type de prise en charge. Cette approche initialement hospitalière se développe actuellement vers les soins de proximité.

Cette étude a exploré la démarche d'adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'ETP de proximité sur le bassin de santé de Muret. L'objectif principal était de comprendre à partir de l'expérience des patients les éléments déterminant leur adhésion au programme pour améliorer le taux de participation.

Pour mener à bien ce travail, la méthode qualitative par entretiens semi dirigés a été choisie. Dix personnes ont participé à l'étude entre le mois d'août 2017 et le mois d'août 2018. Tous les participants étaient diabétiques de type 2 et avaient suivi au moins trois séances d'ETP de proximité.

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans l'inclusion des patients dans les programmes d'ETP de proximité, grâce à la relation de confiance qu'il a pu créer avec le patient. Ce rôle est d'autant plus facilité quand le médecin est impliqué dans la démarche d'ETP.

Les principales attentes des patients diabétiques étaient d'acquérir de nouvelles connaissances sur leur maladie, ses complications, et de rencontrer d'autres malades partageant les mêmes problématiques.

La proximité du lieu des séances par rapport au domicile a permis une accessibilité facilitée aux patients. Elle apportait un cadre rassurant et était un élément essentiel à l'adhésion des participants.

Le caractère pluridisciplinaire avec des intervenants de proximité a été apprécié ce qui permettait de rompre la monotonie d'une consultation médicale classique.

Le travail en groupe de pair, dans un cadre convivial, a permis un soutien psychologique. Les patients ont cherché à se comparer les uns aux autres ce qui a permis une prise de conscience de la maladie et une modification des comportements de santé.

La majorité des patients ont décrit l'expérience d'ETP bénéfique avec une amélioration de la prise en charge de leur maladie et de leur qualité de vie, ce qui était un facteur de maintien dans le programme. Ces bénéfices retrouvés sont concordants avec les attentes exprimées par les patients.

L'ETP nécessite une continuité avec une consolidation dans le temps car les savoirs et les savoir-faire s'oublent peu à peu.

Des pistes d'amélioration se dégagent de cette étude avec un besoin identifié des patients de se rencontrer de nouveau, plusieurs mois après la fin du programme, dans le cadre d'un partage d'expériences. Développer la séance sur l'activité physique, la dimension psychologique et la prise en compte de l'entourage proche semblent important à prendre en considération. L'intervention de patients experts pourrait enrichir l'expérience des séances d'ETP.

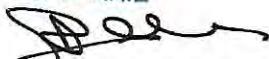
Un manque de personnalisation des séances a été évoqué. La complémentarité de séances d'ETP de groupe avec des séances individuelles apporterait probablement un bénéfice pour certains patients.

Le développement actuel d'une maison de santé sur le secteur de Labastidette pourrait permettre le recrutement de nouveaux professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique et d'améliorer le travail en pluridisciplinarité. En effet, les internes de médecine générale de Toulouse reçoivent une formation validante à la fin de leur cursus correspondant aux 40 heures de formation requises pour pratiquer l'ETP. Les nouvelles générations de médecin sont donc sensibilisées à cette pratique et ont un rôle important à jouer dans son développement. Un médecin traitant impliqué dans un programme d'ETP est un facteur majeur de l'adhésion des patients à cette pratique.

Il serait intéressant de réaliser des études complémentaires afin de recueillir les freins à l'ETP des patients ayant arrêté le programme de façon précoce (moins de 3 séances) ou ayant refusé d'y participer.

Toulouse, le 3 mai 2019

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE




Vu, le Président du Jury 50
Pr. Stéphane OUSTRIC

VI/BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Grimaldi A. Traité de diabétologie, 2^{eme} édition. Ed. Médecine- Sciences, Flammarion, janvier 2009. » .
- [2] « HAS. Recommandations de bonnes pratiques.Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2.Janvier 2013 ». .
- [3] A. Fagot-Campagna, I. Romon, S. Fosse, et C. Roudier, « Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire, novembre 2010, 12 p. Disponible sur : www.invs.sant », p. 12.
- [4] S. Fosse-Edorh, M.-B. Laurence, et Regnault, Nolwenn, « Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(34-35):619-25. .
- [5] « Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 8 p ». .
- [6] « Fosse-Edorh S.Epidémiologie du diabète: que disent les dernières données françaises? Les Rencontres de Santé publique France, Paris, 29 mai 2018. Santé publique France. 2018 ». .
- [7] « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Paris: CNAMTS; 2015. 190 p. ». .
- [8] « Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole / Etude Entred 2007-2010 / Etudes Entred / Diabète / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil ». [En ligne]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>.
- [9] « Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. N Engl J Med 1972;286:1388-91 ». .

- [10] « 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 ». .
- [11] « HAS. Recommandations de bonnes pratiques.Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007 », *Obésité*, vol. 4, n° 1, p. 39-43, mars 2009.
- [12] « Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ couns*. 2010 Jun; 79(3): 283-6 ». .
- [13] « Fournier C, Chabert A, Mesnier-pudar H, Aujoulat I, Fargot A, Gautron A. Etude auprès des personnes diabétiques et de leurs médecins : résultats sur l’information et l’éducation du patient. *Etude Entred 2007-2010* ».
- [14] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
- [15] Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l’éducation thérapeutique du patient. .
- [16] « Saout C, Charbonnel B, Bertrand D, et al. Pour une politique nationale d’éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008 ». .
- [17] « Académie nationale de médecine. Rapport (au nom de la commission XI) : L’éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine [Internet]. 2013 ». .
- [18] « Haut conseil de la santé publique. Rapport sur l’éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009. ». .
- [19] « Jacquat D. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre. Juin 2010. ». .
- [20] « ARS occitanie. Education thérapeutique du patient. Bilan ETP au 31 décembre 2016. ». .

- [21] « Mercier E. Mise en oeuvre d'un programme d'éducation thérapeutique de proximité dans le bassin de santé de Muret:enquête de faisabilité.Thèse de Médecine. Université Toulouse III. 2013. » .
- [22] « Agence régionale de santé Midi-pyrénées. Les orientations du plan stratégique régional de santé en Midi-pyrénées. 2012 » . .
- [23] « Agence régionale de santé occitanie.Tableau de bord sur la santé. 2016 » . .
- [24] « Pernet M. Education thérapeutique en soins primaires: mise en oeuvre d'une stratégie de proximité dans un bassin de santé. Thèse de Médecine. Université Toulouse III. 2014 » . .
- [25] « Lieuze M. Education thérapeutique en soins primaires: élaboration des séances pour un programme de proximité dans un bassin de santé. Thèse de Médecine. Université Toulouse III. 2015 » . .
- [26] « Castella P. Education thérapeutique en soins primaires: état des lieux d'un programme de proximité dans un bassin de santé. Université Toulouse III. 2016 » . .
- [27] Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Edition 2011. .
- [28] Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Armand Colin. Edition 2016. .
- [29] « Sandretto J.Besoins et attentes des patients atteints d'affection chronique et ayant participé en totalité aux ateliers d'éducation thérapeutiques des centres de santé de champigny-sur-marne. [Thèse de Doctorat en médecine générale]. Université Paris Est Créteil; 2014 » . .
- [30] « Simon E. Place de l'éducation thérapeutique face aux besoins des patients diabétiques de type2. Etude qualitative par entretiens semi dirigés. [Thèse de Doctorat en médecine générale]. Nantes ; 2012 » . .
- [31] « Bellil D. Les attentes des patients diabétiques de type 2 vis-à-vis des médecins de premier recours et des réseaux de santé. [Thèse de Doctorat en médecine générale]. Université de Tours ; 2010 » . .

- [32] « Prochaska J.O., DiClemente, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, June 1983, vol. 51, n° 3 : p. 390-395. » .
- [33] « Lasserre-Moutet A, Chambouleyron M, Barthassat V, Lataillade L, Lager G, Golay A. Education thérapeutique séquentielle en médecine générale. *La Revue du Praticien Medecine generale* 2011; 25 (869): 732-4. » .
- [34] « Bourit O. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en médecine générale. Thèse: Med: Université de Tours. 2010 » .
- [35] « BERTIN Eric ; REACH Gérard, Arnaud BASDEVANT , Pierre CORVOL , Claude JAFFIOL. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2013, 197, n° 9, 1747-1781 » .
- [36] « Jacquemet S; Certain A. Education thérapeutique du patient: rôle du pharmacien. *Bulletin de l'ordre* 367. Juillet 2000 » .
- [37] « D'Ivernois JF. Quelle éducation thérapeutique du patient? Journées Médicales de la MSA [En ligne]. Avril 2008 . Disponible à l'URL : <http://www.ipcem.org/etp/PDFetp/PwptMSA.pdf> » .
- [38] « Laboue J. IMPACT D'UNE EDUCATION THERAPEUTIQUE PROPOSEE EN PROXIMITE CHEZ DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 VIVANT EN TERRITOIRE RURAL. Une analyse qualitative dans le cadre de la coopération entre le réseau Diabète 49 et les nouvelles maisons de santé pluriprofessionnelles de Baugé et Noyant. Thèse de médecine. Université d'Angers. 2015 » .
- [39] « Virally, M ; Hochberg, G ; Eschwège, E ; Dejager, S ; Mosnier-Pudar, H ; Pexoto, O ; et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine des maladies Métaboliques*, Vol. 3, N°6, p 620-623, Décembre 2009 » .
- [40] Ninot G, Roche N. Bases psychologiques: du déconditionnement social à l'appropriation (pp 61-82). In Prefaut C et Ninot G(Eds.). *La réhabilitation du malade respiratoire chronique*. Paris: Elsevier Masson. 2009. .

- [41] C. TOURETTE TURGIS, « Les résultats de l'étude DAWN 2 : intégrer les dimensions psychosociales dans les programmes d'éducation thérapeutique. », Med. Mal. Metab. Suppl., vol. 7, n° 1, p. S25-S29, déc. 2013.
- [42] « Descamp P. Vécu des patients diabétiques ayant participé aux ateliers d'éducation thérapeutique en groupe à la maison de santé d'Outreau. Thèse de Médecine. Université de Lille. 2016. » .
- [43] « Jérôme Foucaud, Jacques A. Bury, Maryvette Balcou-Debussche, Chantal Eymard. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. INPES. France. 2010,
- [44] « Wilson SR. Individual versus group education: is one better? Patient Educ Couns 1997;32(Suppl.1):S67-75 » . .
- [45] « H. Mosnier-Pudar, G. Hochberg-Parer. Education thérapeutique, de groupe ou en individuel: que choisir? Médecine des maladies Métaboliques-Septembre 2008-Vol.2-N°4 ».
- [46] « Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care 2001;24:561-87. » .
- [47] « Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002;25:1159-71. » .
- [48] « Koev DJ, Tankova TI, Kozlovski PG. Effect of structured group education on glycemic control and hypoglycemia in insulin-treated patients. Diabetes Care 2003;26:251. » .
- [49] « Roy A. Réflexions sur les peurs liées à l'hospitalisation. septembre 2013. » .
- [50] « Lucas-Gabrielli V, Nabet N, Tonnellier F. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. Les soins de proximité: une exception française? Rapport numéro 503 (Biblio 1354). Juillet 2001. » .

- [51] « Robin-Quach P. « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif », Recherche en soins infirmiers, vol. 98, no. 3, 2009, pp. 36-68 ». .
- [52] « Etude de l'observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II en Île-de-France. ARS IMS France. Septembre 2016 ». .
- [53] « Debussche X. Diabète et qualité de vie. La revue du praticien médecine générale. Mars 2016. »
- [54] « Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales (IPCEM). Education thérapeutique du patient. Questions à propos de l'éducation thérapeutique. Mai 2013. » .
- [55] « Agurs-Collins T.D., Kumanyika S.K., Ten Have T.R., Adams-Campbell L.L. A randomized controlled trial of weight reduction and exercise for diabetes management in older African-American subjects. Diabetes Care, October 1997, vol. 20, n° 10 : p. 1503-1511 ». .
- [56] « Hanefeld M., Julius U., Fischer S., Schulze J. ; DIS Group. Continuous health education is needed to achieve long-term improvement in quality of diabetes control (Abstract). Diabetologia, 1995, vol. 38, suppl. 1 : p.A24 ». .
- [57] « Lozano ML, Armalé MJ, Tena Domingo I, Sánchez Nebra C. The education of type-2 diabetics: why not in groups? Aten Primaria 1999 ;24:178. ». .
- [58] « Évaluation de l'implication des patients-ressources dans l'animation de séances d'éducation thérapeutique Néphrologie & Thérapeutique Volume 11, Issue 5, September 2015, Page 369
- [59] « Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques Éditions EDP Sciences, janvier 2019 ». .
- [60] « Pilar Léger, Pierre-Henri Garnier, Domitille Bauer, Vincent Pialoux, Laurence Le Hélias, Jacqueline Iguenane and Catherine Greffier. Expériences de psychologues cliniciens en éducation thérapeutique. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, 4 1 (2012) 23-28 ». .

[61] « Ditcharry M. Quel est le rôle du psychologue en éducation thérapeutique du patient? Master 2 professionnel: Psychologie clinique option«psychopathologie de l'adaptation au stress » Septembre 2011. » .

[62] « Millols H. Le déploiement de 'LETP au sein des MSP en picardie. EHESP. 2016 ». .

[63] « Gedda M.Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither rev 2015; 15(157): 50-54. » .

VII/ANNEXES

ANNEXE 1 : guide d'entretien initial

ANNEXE 2 Guide d'entretien final

ANNEXE 3 : Contexte d'énonciation

ANNEXE 4 : Nuage de nœud extrait du logiciel Nvivo

ANNEXE 5 : Extrait tableau analyse transversale

ANNEXE 6 : Avis favorable du comité d'éthique

ANNEXE 7 : fiche de consentement

ANNEXE 8 : tableau descriptif des patients

ANNEXE 9° : schématisation des résultats

ANNEXE 10 : Grille COREQ critères de qualité d'une thèse qualitative

ANNEXE 1 : Premier guide d'entretien

Bonjour, je suis un médecin en formation et chercheur, je réalise des entretiens de patients diabétiques participant au programme d'éducation thérapeutique de proximité du bassin de Muret.

Le recueil est enregistré avec votre accord et est anonyme.

Je vous rappelle que vous pouvez parler librement, nous voulons recueillir votre ressenti, vous pouvez interrompre l'entretien ou l'enregistrement à tout moment et demander la suppression de la trace de l'entretien.

Description du patient :

Administratif :

Age, sexe, actif ou retraité, métier, niveau d'étude

Situation familiale

Date de diagnostic du diabète (=ancienneté du diabète),

Médecin suivant le diabète (médecin traitant, spécialiste)

Clinique : complications présentes ou non / comorbidités

Traitement : antidiabétique oral, insuline

Questions :

1/Quel est la définition de l'éducation thérapeutique pour vous ?

2/Avez-vous déjà participé à des séances d'ETP ? Expérience antérieure ?

3/Comment avez-vous décidé de participer aux séances d'ETP ? Pour quelles raisons avez-vous décidé de participer aux séances ETP ?

Relance : Qui vous l'a proposé ? Comment avez-vous connu le programme ?

4/Qu'en attendiez-vous ? Quelles étaient vos attentes ?

5/Comment cela est perçu par vos proches ? Quel est le retentissement sur la vie quotidienne ?

6/Que pensez-vous de l'organisation des séances dans votre bassin de santé ? (horaires, lieu, durée des séances, rythme des séances, nombre de participants) comment se sont-elles organisées ?

7/A combien de séances avez-vous participées et qu'est qui vous a motivé à continuer ou arrêter les séances ?

8/Le programme a-t-il répondu à vos attentes ? Que pouvez-vous nous dire du bénéfice / de votre satisfaction suite à ses séances ? Qu'est ce qui a changé dans votre vie personnelle ?

9/Que proposeriez-vous pour les améliorer ?

10/ Comment voyez-vous la place de votre médecin traitant dans la prise en charge de votre diabète ? Dans le programme d'éducation thérapeutique ?

ANNEXE 2 : Troisième guide d'entretien : modifié

Bonjour, je suis un médecin en formation et chercheur, je réalise des entretiens de patients diabétiques participant au programme d'éducation thérapeutique de proximité dans le bassin de Muret. Le recueil est enregistré avec votre accord et est anonyme.

Je vous rappelle que vous pouvez parler librement, nous voulons recueillir votre ressenti, vous pouvez interrompre l'entretien ou l'enregistrement à tout moment et demander la suppression de la trace de l'entretien.

Description du patient :

Administratif : Age, sexe, actif ou retraité, métier ;

Situation familiale

Date de diagnostic du diabète (=ancienneté du diabète),

Médecin suivant le diabète (médecin traitant, spécialiste)

Nombre de séances d'ETP

Clinique : complications présentes ou non / *HbA1c* / comorbidités

Traitement : antidiabétique oral, insuline

Questions :

1/Avez-vous déjà participé à des séances d'ETP avant ? Si oui, qu'en aviez-vous pensé ?

2/Comment avez-vous décidé de participer aux séances d'ETP ?

Relance : Qui vous l'a proposé ? Comment avez-vous connu le programme ?

3/ Quelles étaient vos attentes avant de commencer les séances ?

4/Que pensez-vous/que pouvez-vous me dire de l'organisation des séances ? (Horaires, lieu, durée des séances, rythme des séances, nombre de participants, intervenants) ?

Préciser chaque item sous forme de question

5/Comment cela est perçu par vos proches ? Quelles sont les conséquences des séances sur votre vie de tous les jours ?

Relance : qu'est ce qui a changé dans votre vie personnelle ?

6/Qu'est-ce qui vous a motivé à continuer les séances ? Ou à arrêter (si arrêt du programme avant la fin) ?

7/Qu'est-ce que les séances vous ont apporté ?

8/Que proposeriez-vous pour améliorer les séances ? *Comment imaginez-vous une séance idéale ?*

9/*Que pensez-vous du fait que les séances soient organisées près de chez vous plutôt que sur un hôpital ?*

10/ Comment voyez-vous rôle de votre médecin traitant *dans le suivi* de votre diabète ?

11/*Quelle est la définition de l'éducation thérapeutique pour vous ?*

ANNEXE 3 : Contexte énonciation de l'entretien numéro 9 par THIBAUT Johanna

Je me suis présentée au domicile du patient. Le patient lui se trouvait au cabinet médical du village Z, le docteur X m'a contacté pour m'en informer. J'arrive en retard au rendez-vous en me disant que l'entretien commençait mal et en imaginant rencontrer un patient perturbé par cette incompréhension. Finalement le patient m'attendait calmement. L'entretien s'est déroulé dans une salle de consultation du cabinet médical.

Le patient m'a semblé très sérieux, il est venu avec une chemise contenant son dossier médical. J'ai eu l'impression qu'il avait « révisé » et qu'il essayait de contrôler ses paroles au début de l'entretien.

ANNEXE 4 Nuage de nœuds : correspondant aux 25 mots les plus utilisés par les patients.



ANNEXE 5 : extrait tableau analyse thématique

THEME	CATEGORIE	SOUS CATEGORIE	CODE	ENTRETIEN
ATTENTES	Besoin d'informations sur la maladie	acquisitions de connaissances générales sur la maladie	connaître les traitements	« de voir un peu justement ce qu'il y avait à faire » P7
			apprendre sur la maladie en groupe	« Il a fallu passer par ce genre de thérapie : les séances de groupe pour m'informer un peu plus sur cette maladie » (P8)
			connaître la physiopathologie	« ben savoir ... Savoir tout ce qui pouvait se passer, tout ce qui pouvait engendrer le diabète. » P3
			Comparaison avec formation médicale continue	« c'est comme les médecins pour les médicaments ... ils suivent toujours des trucs hein je pense que c'est pareil » P1
		notion d'évolution des connaissances	apprendre les nouveautés, évolution de la prise en charge	« j'attendais heu... (rites) si y'avait d'autres trucs, d'autres choses qui ont évolué dans les prises de ... comment dire ... dans le diabète » : « P .En 14 ans oui ça a déjà pas mal évolué » P1
		lacunes, découverte	Absence de connaissance	« parce que je ne connaissais pas grand chose à cette maladie » (P8)

ANNEXE 6 : Avis du comité d'éthique



Président : Mme Laurence VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRÉNÉES

Renseignements concernant le demandeur
Louis Maxence et Thibaut Johanne
18 rue de cognac, 31300 Toulouse
maxence.louis81@hotmail.fr | johanne.thibaut@gmail.com
0678693746 et 0673254132

Renseignements concernant le promoteur
Nom : Faculté de médecine de Toulouse Rangueil, DUMG, Dr Serge Auzé
Qualité : Docteur en médecine, Maître de stage universitaire
Courriel : serge.aze@dumg-toulouse.fr

Titre complet de la recherche : Education thérapeutique en soins premiers : les déterminants de l'adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'éducation thérapeutique de proximité

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 006

LE 01/02/2018



Dr Motoko Delahaye

ANNEXE 7 : Fiche de consentement

<p style="text-align: center;">LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS</p> <p style="text-align: center;">PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE</p>
--

Titre de la recherche : Education thérapeutique en soins premiers : les déterminants de l'adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'éducation thérapeutique de proximité

Madame, Monsieur, Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude. Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ETUDE

Mettre en évidence des éléments participants à l'adhésion par les patients à un programme d'éducation thérapeutique de proximité

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude se déroulera entre 2017 et 2018 et prendra la forme d'une analyse qualitative d'entretiens de patients diabétiques ayant participé à un programme d'éducation thérapeutique de proximité.

FRAIS MEDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche biomédicale n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Ce travail de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la faculté de médecine de Toulouse. Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, Mr Louis Maxence tél : 0678693746 ou Mme Thibaut Johanna : 0673254132

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint

<p style="text-align: center;">FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE</p>

Titre de la recherche : Education thérapeutique en soins premiers : les déterminants de l'adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'éducation thérapeutique de proximité

Je soussigné(e)(*nom et prénom du sujet*), accepte de participer à l'étude : **Education thérapeutique en soins premiers : les déterminants de l'adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'éducation thérapeutique de proximité**

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par les médecins Mr Louis Maxence ou Mme Thibaut Johanna

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé. Toute trace des enregistrements sera détruite au décours du travail de recherche.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

Le

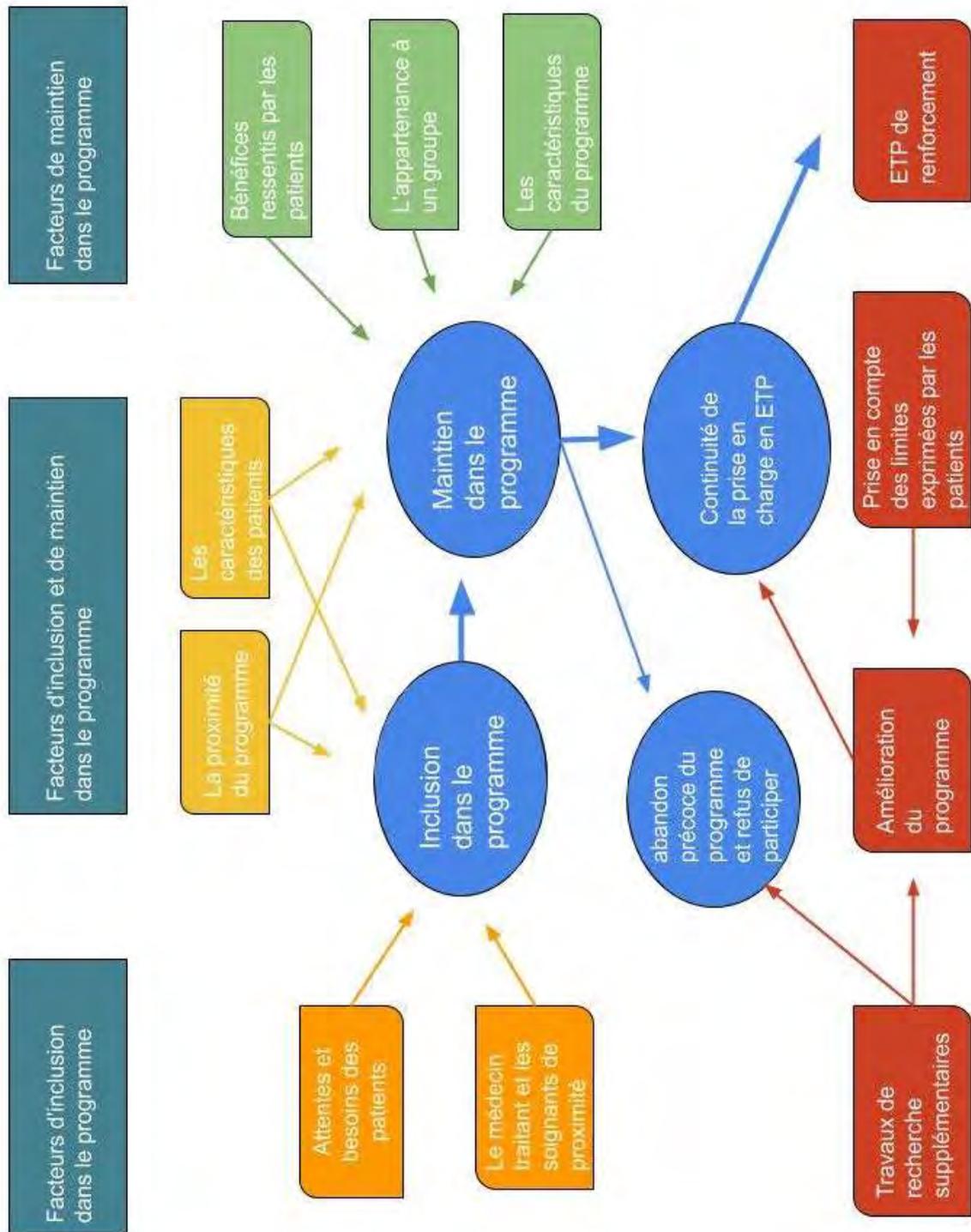
Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

ANNEXE 8 Tableau descriptif des patients :

Patients	Age	Sexe	Activité	date diag.	suivi médical	complications	type de ttt	HbA1c	expérienc	N° séance	période ET	Secteur ET
1	67	F	retraité	2003	MT	non	Trulicity + metformine	7,3	oui	7	2014-17	labastidette
2	64	F	retraité	2013	MT	oui	metformine,	7,4	non	9	2014-2015	labastidette
3	70	M	retraité	2010	MT	non	ianumet	7,8	non	8	2014-2016	labastidette
4	60	F	retraité	2008	MT	non	metformine et januvia	7,4	oui	6	2016-2017	labastidette
5	66	F	retraité	1994	Endocrinologue	Endocrinologue	ianumet, lantus, diamicron	normale	non	7	2015-2016	pinjustaret
6	62	F	retraité	2008	MT	oui	metformine	néant	non	9	2014-2015	labastidette
7	70	M	retraité	2012	MT	oui	ianumet, metformine	6,7	non	7	2015	seysses
8	55	M	actif	2006	Endocrinologue	non	metformine, victoza, lantus	9	non	7	2015	seysses
9	66	F	retraité	2008	MT	non	metformine	néant	non	8	2015-2016	pinjustaret
10	63	M	retraité	2016	MT	non	metformine	6,7	non	9	2017	labastidette

ANNEXE 9 : Schématisation des résultats



ANNEXE 10 GRILLE COREQ : critères de qualité d'une thèse qualitative

EQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION	ITEMS	REPONSES
Caractéristiques personnelles	Enquêteur/animateur	LOUIS Maxence THIBAUT Johanna
	Titres académiques	Néant
	Activité	Interne en médecine générale
	Genre	Homme et Femme
	Expérience et formation	Débutant
Relations avec les participants	Relation antérieure	Néant
	Connaissances des participants	Néant
	Au sujet de l'enquêteur	Médecin chercheur, travaillant sur l'ETP et le programme du bassin de Muret
	Caractéristiques enquêteur	Médecin
CONCEPTION DE L'ETUDE		
Cadre théorique	Orientation méthodologique théorie	Thématisation
Sélection des participants	Echantillonnage	Nombre (> 3 séances) et lieu des séances
	Prise de contact	Téléphonique
	Taille échantillon	12
	Non-participation	Nombreux refus, manque de temps, pathologie, 2 non inclus (pré diabétique et troubles cognitifs)
	Cadre de la collecte de données	Domicile (10), cabinet (1), centre sportif (1)
	Présence de non participants	Non
	Description échantillon	Age moyen 64,3 ans, 4 hommes 6 femmes, HbA1c = 7,7%, 7,7 séances suivies en moyenne
Recueil de données	Guide d'entretien	Les questions étaient énoncées à l'oral, le guide n'a pas été testé au préalable
	Entretiens répétés	Non
	Enregistrement	Enregistrement audio
	Cahier de terrain	Notes prises pendant l'entretien
	Durée	Moyenne de 25 minutes, max 38 / min 14 minutes
	Seuil de saturation	Empirique car plus de patients inclus
	Retour des retranscriptions	Non
ANALYSE ET RESULTAT		
Analyse des données	Nombre de personnes codant	Deux
	Description de l'arbre de codage	Non
	Déterminations des thèmes	Selon les données
	Logiciel	Nvivo : gestion des données, codage en nœud
	Vérification par les participants	Pas de retour
Rédaction	Citations présentées	Utilisées dans les résultats, avec identification (numéro du patient)
	Cohérence données et résultats	Oui
	Clarté des thèmes principaux	Thèmes présentés clairement

Therapeutic Education in Primary Care: Adherence of Type 2 Diabetes Patients to a Local Therapeutic Education Program in a Health Basin

Introduction: Therapeutic education is recommended for the diabetic patient management. In practice, few patients participate in therapeutic education programs. This study aims to understand the adhesion of type 2 diabetic patients' key factors to a local therapeutic education program in the Muret health basin.

Methods: Qualitative study by semi-structured interviews of ten type 2 diabetic patients who participated in at least 3 sessions of the local therapeutic education program. A thematic analysis was carried out with Nvivo software after triangulation of data.

Results: The role of the general practitioner is essential for patients' inclusion in the program. The main expectations are: to provide knowledge about the disease and its complications, group sharing. Some patients have none initial expectation. The personality of the patient comes into play. The maintenance factors are: quality sessions with a variety of stakeholders, group sharing. Proximity is essential to patient adherence. The benefit felt by the patient with an improvement of his care and an improvement of his life quality also enable the maintenance into the program. Some points are to improve: personalization of sessions, development of sessions around stress and physical activities, intervention of an expert patient, session organized few months apart from the program.

Conclusion: Local therapeutic education should be promoted for every diabetic patient. The role of the general practitioner is essential, he should offer therapeutic education program. Proximity is a strong argument for membership. Patient's obstacles to adherence should be studied to improve patient participation in local therapeutic education program.

Keywords: Patient education; Diabetes mellitus, primary health care; qualitative research;

Discipline administrative : Médecine Générale

Université Toulouse III – Faculté de médecine de Rangueil, 133 Route de Narbonne – 31062
Toulouse Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr Serge ANE

Education thérapeutique en soins primaires : adhésion des patients diabétiques de type 2 à un programme d'éducation thérapeutique de proximité dans un bassin de santé

Introduction : L'éducation thérapeutique est recommandée dans la prise en charge du patient diabétique. En pratique, peu de patients participent à des programmes d'ETP. Cette thèse a pour objectif de comprendre les facteurs déterminants l'adhésion de patients diabétiques de type 2 à un programme d'ETP de proximité dans le bassin de santé de Muret.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de dix patients diabétiques de type 2 ayant participé au minimum à 3 séances du programme d'ETP de proximité. Une analyse par thématique a été réalisée sur le logiciel Nvivo après triangulations des données.

Résultats : Le rôle du médecin traitant est essentiel dans l'inclusion des patients au programme. Les attentes principales sont : l'apport de connaissance sur la maladie et ses complications, le partage en groupe. Certains patients n'ont aucune attente initiale. La personnalité du patient entre en jeu. Les facteurs de maintien sont : des séances de qualité avec une diversité d'intervenants, le partage en groupe. La proximité est essentielle à l'adhésion des patients. Le bénéfice ressenti par le patient avec une amélioration de sa prise en charge et une amélioration de sa qualité de vie permet également le maintien dans le programme. Certains points sont à améliorer : personnalisation des séances, développer les séances sur le stress et l'activité physique, intervention d'un patient expert, séance organisée plusieurs mois après le programme.

Conclusion : L'ETP de proximité doit être promue chez tous les patients diabétiques. Le rôle du médecin traitant est essentiel, il doit proposer les ateliers d'ETP. La proximité est un argument fort d'adhésion. Les freins des patients sont à étudier pour améliorer la participation des patients aux programmes d'ETP de proximité.

Mots clés : Education thérapeutique du patient ; Diabète ; Soins de santé primaires ; Etude qualitative

Discipline administrative : Médecine Générale

Université Toulouse III – Faculté de médecine de Rangueil, 133 Route de Narbonne – 31062
Toulouse Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr Serge ANE