



**HAL**  
open science

# Perception des médecins généralistes bas normand du passage de leurs patients diabétiques de type 2 à l'espace régional d'éducation thérapeutique (ERET)

Charlotte Le Gall Milcent

## ► To cite this version:

Charlotte Le Gall Milcent. Perception des médecins généralistes bas normand du passage de leurs patients diabétiques de type 2 à l'espace régional d'éducation thérapeutique (ERET). Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02302049

**HAL Id: dumas-02302049**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02302049>**

Submitted on 1 Oct 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 20 Mars 2019

par

Madame LE GALL MILCENT Charlotte

Né (e) le 11/06/1987 à AVRANCHES (MANCHE 50)

**TITRE DE LA THÈSE :**

**Perception des médecins généralistes bas normands du passage de leurs patients diabétiques de type 2 à l'espace régional d'éducation thérapeutique (ERET)**

**Président :** Monsieur le Professeur REZNIK Yves

Membres : Monsieur le Professeur BABIN Emmanuel

Madame le Docteur ARMAND Audrey

Madame le Docteur ABBATE – LERAY Pascale « Directrice de thèse »

**Année Universitaire 2018/2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

#### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

#### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

#### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

**Année Universitaire 2018 / 2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie

<b>M.</b>	<b>LEGALLOIS Damien</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>LELONG-BOULOUARD Véronique</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme</b>	<b>LEPORRIER Nathalie</b> <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
<b>Mme</b>	<b>LEVALLET Guénaëlle</b>	Cytologie et Histologie
<b>M.</b>	<b>LUBRANO Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MITTRE Hervé</b>	Biologie cellulaire
<b>M.</b>	<b>REPESSÉ Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>SESBOÛÉ Bruno</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme</b>	<b>ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre-André</b> <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>DE JAEGHER-NOEL Sophie</b> <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>LE BAS François</b> <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>SAINMONT Nicolas</b> <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

## **REMERCIEMENTS**

Au Professeur REZNIK, qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury. Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

Au Professeur BABIN, qui a accepté de participer à mon jury. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

Au Docteur ARMAND, qui a également accepté d'être membre de mon jury, merci pour votre aide précieuse durant tout ce travail.

Au Docteur ABBATE- LERAY, qui a accepté de diriger mon travail. Merci pour votre accompagnement, pour vos conseils avisés, et pour le temps que vous m'avez consacré. Vous m'avez toujours soutenue et je vous en suis très reconnaissante.

A l'ensemble du personnel de l'ERET et aux médecins interrogés, pour leur rôle dans ce travail, merci.

A mes futurs associés, merci pour la confiance que vous m'avez témoignée.

A Noémie Jardin, merci d'être toujours aussi disponible et rassurante.

A mes parents, qui m'ont permis d'aller au bout de mon rêve de petite fille. Vous avez depuis le début toujours cru en moi. Sans vous, rien n'aurait été possible, alors c'est à vous que revient le plus grand des mercis. A toi maman, pour toutes les heures passées au téléphone à me remonter le moral et à me soutenir en pause shopping. A toi papa, pour les appartements refaits à neuf, pour me sentir bien dans mes révisions et pour tous les kilomètres faits pour venir manger avec moi, durant les moments de blues.

A ma sœur, Léa pour nos années de cohabitation et pour toutes les autres, merci d'avoir toujours été là pour moi et un grand merci pour ta relecture assidue. Et à toi Guillaume, qui a su dès le début trouver ta place dans notre famille, merci pour ton aide dans nos différents projets.

A toute ma famille, en particulier à Papi Co et Mamie Mone, merci d'être là pour moi. Et à tata Véro, merci pour ton aide dans la traduction.

A tous mes amis, en particulier Aude pour notre année de concours et Charlotte pour ta relecture, merci à vous.

A mes copines de fac, Blandine, Anne et à Pierre-Marie, en souvenir de tout ce long cursus passé avec vous : enfin nous y sommes arrivés.

A toi, Julien, pour toutes ces années passées à tes côtés. Merci pour ton éternel soutien, tes conseils et surtout ta patience et ton amour. Et un grand merci, pour l'aide dans la rédaction de cette thèse. Je n'aurai jamais pu y arriver sans toi. Tu es ce que j'ai de plus précieux avec nos filles.

Et enfin, à vous mes chouquettes, Louise et Faustine, qui êtes ma raison de vivre. Même si vous ne comprenez pas tous les enjeux, votre joie, votre bonne humeur et tout simplement votre présence ont été mes bouffées d'oxygène durant cette thèse.

## **ABREVIATIONS**

ENTRED : échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées

ERET : espace régional d'éducation thérapeutique

ETP : éducation thérapeutique

HAS : haute autorité de santé

HbA1c : hémoglobine glyquée

HPST : hôpital patients santé et territoires

OMS : organisation mondiale de la santé

PSLA : pôle de santé libéral et ambulatoire

RHD : règles hygiéno diététiques

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

## **INDEX TABLEAUX**

Tableau 1 : Guide d'entretiens.....	2
Tableau 2 : Récapitulatif de la diversité de l'échantillonnage .....	3
Tableau 3 : Liste des thèmes émergents suite aux différents entretiens.....	3
Tableau 4 : Récapitulatif des résultats du passage à l'ERET pour les patients.....	8
Tableau 5 : Récapitulatif des résultats du passage des patients à l'ERET sur le vécu professionnel et personnel du médecin.....	14

# **SOMMAIRE**

INTRODUCTION .....	1
MATERIELS ET METHODE .....	2
RESULTATS.....	3
Résultat du passage à l'ERET pour leurs patients :.....	4
Résultats du passage des patients à l'ERET sur le vécu professionnel des médecins et leur ressenti :.....	9
DISCUSSION .....	15
Les limites et forces de l'étude.....	15
Comparaison des résultats avec la littérature.....	15
Réflexion sur la pratique professionnelle : diverses influences dans la prescription à l'ERET.....	16
Evolution de la conception de l'exercice médical : du médecin paternaliste à la notion de cothérapeute ...	18
Paradoxe entre la vision de l'ETP des médecins et leur pratique .....	20
Pistes d'amélioration .....	21
CONCLUSION .....	22
BIBLIOGRAPHIE .....	23
ANNEXES .....	28

## **INTRODUCTION**

La place de l'éducation thérapeutique (ETP) (1,2) dans la prise en charge du diabète de type 2 n'est plus à démontrer depuis plusieurs années. En effet, selon la synthèse de méta analyses de Lager G, Pataky Z, et Golay A en 2009 (3), l'efficacité de l'ETP auprès des patients est établie dans 60% des études quelle que soit la pathologie concernée. Cette efficacité s'applique aussi bien sur des critères biocliniques, pédagogiques, psychosociaux ou économiques. (3,4)

Du côté des médecins généralistes qui suivent les patients atteints de maladies chroniques, de nombreuses études ont également été faites. Ces études portaient sur l'implication des médecins et les freins à la réalisation de l'ETP en cabinet libéral (5,6). Les médecins généralistes reconnaissent la pertinence de l'ETP pour leurs patients et expriment les mêmes freins quelque que soit l'étude (5) : le manque de formation, de temps et de revalorisation professionnelle (6). De ce fait, la réalisation de l'ETP en soins primaires se fait majoritairement par l'adressage des patients aux organisations de soins ambulatoires dédiées par leur médecin traitant (7).

Mais qu'en est-il de la perception de ces mêmes médecins traitants adressant leurs patients atteints de maladies chroniques aux réseaux d'ETP ambulatoires après leur passage dans ces réseaux ?

Les études quantitatives réalisées (4,8,9) à ce sujet montrent un manque de communication et de collaboration entre les médecins prescripteurs et ceux du réseau, et une efficacité seulement partielle du programme d'ETP, avec des résultats qui s'amenuisent avec le temps.

Du point de vue qualitatif, les travaux effectués (10–12) interrogent des médecins traitants au sujet des patients ayant reçu une ETP mais toujours du point de vue de l'évaluation du réseau, de la posture éducative du médecin ou encore des intérêts apportés aux patients. Aucune n'interroge spécifiquement l'impact du patient ayant bénéficié d'une ETP sur le médecin traitant du point de vue de son vécu et du retentissement sur sa pratique. Pourtant la haute autorité de santé (HAS) avait publié en 2007 des recommandations (13–15) pour développer et mettre en œuvre l'ETP dans la prise en charge des pathologies chroniques, y compris en médecine ambulatoire, pour une offre de service aux médecins traitants (13–15). Et en 2009, la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) inscrit l'ETP dans le code de santé publique réglementant l'organisation de l'ETP dans le parcours de soins du patient. Elle intègre aussi le rôle d'ETP dans les missions du généraliste (16).

Il semble alors légitime de se demander comment le médecin traitant perçoit et utilise cette offre de service dans sa pratique quotidienne auprès de ses patients ayant bénéficié d'une ETP de proximité. Nous nous sommes intéressés dans notre étude à la perception des médecins généralistes de notre région Normandie Occidentale du point de vue de leur prise en charge après le passage de leurs patients dans un réseau d'ETP. Nous avons ciblé la population des patients diabétiques de type 2 ayant reçu une éducation thérapeutique de l'espace régional d'éducation thérapeutique (ERET) en Basse Normandie.

## **MATERIELS ET METHODE**

Nous avons choisi pour cette étude l'analyse qualitative avec entretiens semi dirigés. Cette méthode permet d'explorer le ressenti, le vécu, les expériences des médecins généralistes et de faire émerger de nouvelles idées et pistes de réflexions (17). Une analyse thématique a été effectuée pour chacun de ces entretiens après retranscription mots à mots et anonymisation, ainsi qu'une triangulation des données.

Le recrutement des médecins interrogés, s'est fait grâce aux différentes antennes de l'ERET, qui ont communiqué les noms des généralistes leur ayant adressé des patients diabétiques de type 2. La diversité de l'échantillon a été recherchée sur différents critères : le sexe, l'âge, le milieu d'exercice, le mode d'exercice, la formation en ETP et l'implication universitaire.

Un guide d'entretien avec une liste de thèmes pré identifiés a été réalisé grâce à la bibliographie et à nos pistes de réflexion.

### **Tableau 1 : Guide d'entretiens**

<p><b>PATIENT : comment le médecin perçoit le passage à l'ERET pour son patient ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Compréhension du patient de sa maladie / autonomie de soins</li><li>- Cheminement, acceptation de sa maladie chronique</li><li>- Prise de conscience de l'importance de la thérapeutique non médicamenteuse et des RHD*1 / démedicalisation</li><li>- Observance du traitement / adhésion au parcours de soins</li><li>- Mieux être psychique du patient / Meilleure qualité de vie</li><li>- Rôle anxiogène de l'ERET et de l'ETP</li><li>- Amélioration clinicobiologique</li><li>- Diminution des complications aiguës, chroniques</li><li>- Perception des résultats par les patients eux-mêmes</li><li>- Questionnement différent des patients</li><li>- Changement de rôle du patient et évolution des attentes des patients</li><li>- Notion de patient expert / cothérapeute</li><li>- Évocation spontanée du passage à l'ERET par le patient en consultation</li></ul>
<p><b>MEDECIN : comment le médecin perçoit le passage à l'ERET dans sa pratique et dans sa relation avec son patient ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intérêt de l'HbA1C*2 dans la prise en charge du diabète et ROSP*3</li><li>- Modification de la gestion de la consultation et du temps dans la consultation</li><li>- Liens avec ERET et comptes rendus</li><li>- Modalités d'adressage et de prescription du passage à l'ETP organisées par l'ERET</li><li>- <u>Freins de participation aux ateliers de l'ERET</u></li><li>- Changement dans la relation et la communication médecin-malade</li><li>- Perception du médecin traitant vis-à-vis de l'ERET / Attentes du médecin</li><li>- Validation des méthodes d'ETP réalisées par l'ERET</li><li>- <u>Limites de l'ERET / Pistes d'amélioration</u></li></ul>

*En italique et souligné : thèmes ajoutés après l'entretien exploratoire*

\*1 : RHD : règles hygiéno- diététiques.

\*2 : HbA1c : Hémoglobine glyquée.

\*3 : ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

## RESULTATS

Sur les neuf antennes de l'ERET, deux n'ont pas communiqué la liste de leurs médecins prescripteurs. Il n'a donc pas été possible de rencontrer un praticien de chaque antenne. Dix généralistes Bas Normands ont pu être interrogés. Deux praticiens ne sont pas venus au rendez-vous, et n'ont pas donné la possibilité de les recontacter. L'échantillon des médecins est diversifié et hétérogène, comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 : Récapitulatif de la diversité de l'échantillonnage**

	Sexe		Age			Milieu d'exercice			Mode d'exercice			Formation à l'ETP	Implication universitaire
	H	F	<35 ans	35-50	>50 Ans	Urbain	Semi rural	Rural	Seul	Groupe	PSLA*1		
E1		X			X	X				X*2			X
E2	X			X				X		X*3		X	X
E3	X				X		X			X		X	
E4	X				X			X	X				
E5		X		X				X		X		X	X
E6		X	X					X		X			
E7		X		X		X				X			X
E8		X		X		X				X			X
E9	X			X		X					X	X	X
E10		X			X	X				X		X	

\*1 : PSLA = Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

\*2 : après une vingtaine d'année d'exercice en solitaire

\*3 : PSLA en devenir

Les conditions des différents entretiens étaient favorables. Ils ont tous été réalisés au sein de leur cabinet médical, au calme, dans une ambiance détendue. Ces bonnes conditions favorisent la qualité et la richesse des entretiens. Ces derniers ont duré entre 17 minutes et 1h05. (Cf. annexes)

Avec ces dix entretiens, nous pensons avoir approché la saturation des données, puisque les deux derniers n'ont apporté que d'infimes compléments d'informations. Tous les thèmes pré identifiés ont été abordés mais plus ou moins approfondis selon l'intérêt de l'interviewé pour le thème concerné. Suite à ces entretiens, de nouveaux thèmes, complémentaires à ceux du guide, ont émergé.

**Tableau 3 : Liste des thèmes émergents suite aux différents entretiens**

<p><b>Liste des thèmes émergents suite aux différents entretiens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutte contre l'isolement social</li> <li>- Connaissance locale et historique des antennes de l'ERET</li> <li>- Rôle du médecin traitant, sa représentation de la profession</li> <li>- Distinction homme femme dans l'observance</li> <li>- Personnalité du médecin</li> </ul>
--

A la question : « comment le médecin traitant perçoit-il le passage de son patient diabétique de type 2 à l'ERET en Basse Normandie ? », nous pouvons répondre que les généralistes perçoivent ce passage positivement, d'une manière générale, aussi bien pour leurs patients que pour leur pratique. Ils identifient, tout de même, certaines limites.

### **Résultats du passage à l'ERET pour leurs patients :**

- Des effets positifs unanimes sur la prise de conscience des RHD, l'autonomie de soin, la compréhension de la maladie et l'acceptation de la pathologie chronique

La plupart des médecins perçoivent pour leurs patients beaucoup d'effets positifs suite au passage à l'ERET. Le premier d'entre eux, pour neuf généralistes sur dix, est **une amélioration de la prise de conscience de l'importance des règles hygiéno-diététiques.**

E9 L. 141 à 151 : *Dr : « toutes les études maintenant montrent que l'activité physique c'est presque aussi important que le traitement, donc c'est pour ça que l'ERET, je pense que le grand plus, c'est l'activité physique.*

*I : D'accord. Et [...] vous avez l'impression qu'ils perçoivent justement l'importance de [...] toute la part non médicamenteuse.*

*Dr : Oh oui, oui, oui, oui (hochement de tête). Tout à fait oui. [...] ils prennent conscience d'une autre dimension, c'est sûr. »*

Ensuite, la majorité des médecins s'accorde à dire qu'ils remarquent **une meilleure autonomie de soins, et une meilleure compréhension de la maladie.**

E5 L.146 à 149 : « *I : ça aide les patients à comprendre leur maladie ?*

*Dr : Bennnn oui, bien sûr. (En levant les yeux en l'air). Evidemment. (Pause). Evidemment. »*

E6 L.138.139 : « *Dr : c'est clair qu'ils ont une bonne [...] autonomie après »*

Ainsi, on note **une aide dans le cheminement de l'acceptation de la pathologie chronique** pour ces patients.

Toujours au sujet de la compréhension et du cheminement de la maladie chronique, six médecins notent **un changement positif dans le questionnement des patients.** Quelques-uns relèvent des interrogations plus pertinentes car les patients sont plus compétents. Certains notent moins de questions car ils les posent à l'ERET et cela entraîne une amélioration de la gestion des consultations. Un autre au contraire, remarque une recrudescence des questions car les patients se sentent plus libres d'en poser. A noter que ce dernier participe aux ateliers de l'ERET.

E3 L. 219 à 221 : « *Dr : Je sais pas si c'est le fait qu'ils me voient avec [...] un autre visage [...] j'ai l'impression qu'on est plus proche et qu'ils sont plus enclin à poser des questions. »*

- Des avis partagés sur l'observance médicamenteuse, l'adhésion au parcours de soins, la qualité de vie, et la survenue de complications

La moitié des généralistes remarque **une aide dans l'adhésion au parcours de soins et dans l'observance au traitement**, même si cette aide ne s'applique pas chez tous les patients.

E6 L.57 à 61 : I : « Est-ce que ça aide à l'adhésion et à l'observance au traitement ? [...] Dr : Euh... (grimace). Ben après j'en ai pas non plus cinquante à être passés par l'ERET, mais, euh, ... certains oui. Après, c'est pareil, hein. Ça dépend de la motivation dans l'absolu, donc euh, certains oui ça marche. Certains, ben ça marche pas. »

Lors du dernier entretien, la praticienne notait une amélioration de l'observance plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Il serait intéressant d'interroger d'autres médecins pour corroborer ce résultat.

E10 L.54 : « Dr : A dire vrai, les meilleurs résultats intéressants observés, c'était chez les messieurs. »

Les trois quarts des généralistes interrogés pensent que leurs patients ont **une amélioration de la qualité de vie ainsi qu'un mieux-être psychique** du fait des améliorations apportées par l'ERET sur les autres thématiques. Ainsi, quand les patients perçoivent des résultats positifs suite à leur participation à l'ERET, (ce qui est le cas pour les patients de sept médecins interrogés), les praticiens déduisent qu'ils ont une amélioration de leur qualité de vie, ainsi qu'un mieux-être psychique.

E3 L.144 à 149 : I : « ça joue aussi au niveau psychique sur le patient ? Dr : (mimique de réflexion). Non, je sais pas. Peut-être, je sais pas. [...] Ben, a posteriori, je pense que oui, parce que bon, euh..., ils se sentent moins seuls, ils se sentent écoutés. »

Concernant **le mieux-être physique**, six des interviewés remarquent **une amélioration clinico-biologique**. Cette dernière est à nuancer selon deux généralistes. Pour l'un, l'amélioration est seulement transitoire et pour l'autre, elle ne concerne que certains de ses patients.

E1 L.97. 98 : « Dr : Au début, oui. [...] Il y a une amélioration [de l'hémoglobine glyquée] au moins au début. »

E6 L. 119 à 121 : Dr : « Chez certains oui. Oui, y'a une amélioration c'est clair. I : Au niveau de quoi plus particulièrement ? Dr : de l'hémoglobine glyquée surtout... »

Parallèlement, peu d'interrogés constatent **une baisse des complications aiguës et chroniques**. Près de la moitié ne se prononce pas quant à **la diminution des complications chroniques**. En effet, ils affirment ne pas avoir assez de recul pour y répondre.

E4 L. 101 à 102 : « Dr : Je pense que c'est trop tôt pour pouvoir voir une différence dans les complications, euh, faudrait voir au long terme »

- Un effet neutre sur les attentes et le rôle des patients, pour la majorité des médecins

Concernant **le rôle et les attentes des patients vis-à-vis du médecin traitant**, la majorité des médecins n'identifie pas de changement. Uniquement deux généralistes notent une modification positive du rôle du patient, avec **une amélioration de la relation médecin malade, ou une mutation du rôle du patient**.

E3 L. 215 à 217 : « Dr : Ils ont plus le même comportement avec moi. [...] ça nous rapproche.

E2 L.779. 780 : « *Dr : Pour le patient, aussi [...] c'est une petite révolution [...] de devenir acteur de sa [...] santé* »

D'autre part, seuls deux interrogés ont confirmé l'**apparition de « patient expert »**. Pour les deux, cette notion est plutôt perçue négativement, notamment du fait de la peur de ne plus pouvoir gérer ces patients.

E5 L.159 à 165 : « *Dr : Je trouve que ça fait beaucoup [...] à un moment donné, euh. Stop. [...] Et ça le patient expert, ça me fait toujours un peu peur le patient expert.* »

Enfin, un seul médecin note que ses patients **évoquent spontanément et de manière positive leur passage au programme éducatif**. Les patients, dans ce cas, changent leur rôle et deviennent plus acteurs de leur santé. Ce résultat est retrouvé chez le praticien animant les ateliers à l'ERET.

- Une attente unanime des médecins : des patients acteurs dans le temps !

Les généralistes interviewés s'accordent tous pour dire que la limite du passage de leurs patients à l'ERET est que l'**amélioration de la prise de conscience de leur maladie ne s'inscrit pas dans la durée pour les patients**.

E2 L. 174 à 177 : Dr : « *Ils, ils l'oublient pas, mais ... mais, y'a un manque de ... de suivi. [...] C'est à dire que ...euh, on n'est pas aujourd'hui en mesure de proposer euh ... quelque chose qui, qui dure dans le temps.* »

L'unanimité des praticiens désire que leurs patients intègrent l'importance de la démedicalisation dans la prise en charge du diabète et d'une manière plus générale de toutes les pathologies chroniques et ce de manière pérenne dans le temps. De même, **ils souhaitent tous que leurs patients deviennent acteurs dans leur prise en charge**.

E2 L. 156 à 165 : « *Dr : Parce ... parce que si on veut, [...] faire adhérer les, les gens à ... ce que ... (Pause). In fine, c'est euh ... qu'est-ce que l'on veut pour les patients ? c'est quoi ... c'est quoi le ... le but de l'ERET ou d'une autre ..., d'une, d'une structure équivalente. C'est que les, les gens finalement prennent en charge leur, leur santé, c'est à dire qu'ils ne soient plus simplement consommateurs de, de médicaments, ou de, de prescriptions (jeu avec les mains) mais qu'ils soient aussi acteurs et qu'ils prennent conscience que, euh leur, leur santé, euh ... dépend complètement de leur attitude. [...] Et de leur, de leur relation à l'alimentation, à l'activité physique, et à l'environnement qui les entoure.* »

- Au sujet de l'ETP à l'ERET : des constatations à l'échelle sociétale locale

Trois médecins parlent d'expériences locales qu'ils considèrent comme **une avancée majeure dans la prise de conscience de l'importance de la prise en charge active de la maladie par le patient**. Ils évoquent la création d'association entre anciens patients ayant bénéficié d'un passage à l'ERET pour continuer l'activité physique entre eux, même si cela reste marginal.

E9 L.134.135 : « *Dr : ils ont formé une association, pour continuer à marcher ensemble.* »

Dans le même sens, sept praticiens interrogés estiment que l'ERET participe à **une lutte contre l'isolement social**.

E3 L. 97 à 104 : « *Dr : ça va au-delà des réunions, hein. Souvent, ils continuent à se rencontrer [...] qui faisaient des marches entre eux, qui faisaient tout un tas de choses, euh. Euh, qui essayaient de recréer quelque chose. »*

E9 L.77 à 79 : « *Dr : je ne l'avais pas forcément intégré au départ...ce réseau permet justement, avec ses rencontres de lever un certain isolement social. »*

L'unanimité des généralistes ne retrouve **pas d'effet anxiogène** chez leurs patients suite à la participation au programme éducatif. Une des médecins émet, toutefois, un doute en disant qu'une des raisons entraînant l'arrêt du programme serait peut-être une anxiété réactionnelle à la connaissance de leur maladie.

E1 L. 123 : « *Dr : Ce n'est pas anxiogène. »*

E6 L. 185 à 188 : « *Dr : Après, je ne sais pas pourquoi exactement, ils arrêtent dans l'absolu, Donc est-ce que [...] ça les stresse un peu de, de savoir ce qu'est exactement leur maladie ? Peut-être aussi. C'est vrai que quand ils arrêtent, on ... on n'a pas beaucoup de ... de raisons. »*

- Deux médecins sceptiques

Il est important de constater que deux des généralistes interrogées, ne remarquent en pratique **quasiment aucun bénéfice** suite à ce programme éducatif.

E8 L.110 et 189 à 190 : « *Dr : franchement j'ai l'impression que ça n'a rien changé pour ceux que j'ai envoyés ; « Dr : une grosse déception...C'est quelque chose dont on a besoin, nous, en médecine générale théoriquement »*

Ces deux médecins appartiennent à la même antenne et notent un **dysfonctionnement** de cette dernière. Toutes les deux sont convaincues de l'intérêt théorique de l'ETP dans la prise en charge de pathologie chronique, mais sont déçues en pratique, de l'apport de l'ERET. L'une d'entre elle déclare que ses patients n'ont aucun intérêt à y aller, puisqu'il n'y a pas de résultat.

E7 L. 312 à 315 : « *Dr : Je suis convaincue de l'intérêt en théorie. Mais en pratique, je ne vois pas d'amélioration sur les patients. Alors je ne sais pas si c'est un manque de communication [...] ou si c'est une mauvaise organisation. »*

**Tableau 4 : Récapitulatif des résultats du passage à l'ERET pour les patients**

	<b>Résultats du passage à l'ERET pour leurs patients</b>
Effets positifs du passage des patients à l'ERET	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la prise de conscience de l'importance des RHD (9/10)</li> <li>- Meilleure autonomie de soins (7/10)</li> <li>- Aide dans le cheminement de l'acceptation de la pathologie chronique (7/10)</li> <li>- Amélioration de la qualité de vie (7/10)</li> <li>- ERET = lutte contre isolement social (7/10)</li> <li>- Pas d'effet anxiogène de l'ERET (7/10)</li> <li>- Perception positive des patients de leur passage à l'ERET (7/10)</li> <li>- Meilleure compréhension de la maladie (6/10)</li> <li>- Aide à l'adhésion du parcours de soins (6/10)</li> <li>- Amélioration clinico-biologique (6/10)</li> <li>- Changement positif dans les questions des patients au médecin traitant (6/10)</li> <li>- Aide dans l'observance du traitement (5/10)</li> <li>- Diminution des complications aiguës (4/10)</li> <li>- Diminution des complications chroniques (2/10)</li> <li>- Changement positif du rôle du patient (2/10)</li> <li>- Evocation spontanée positive du patient de son passage à l'ERET (1/10)</li> </ul>
Effets négatifs du passage à l'ERET	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notion de patient expert, avec connotation négative pour le médecin (2/10)</li> <li>- Changement du rôle du patient, vu de manière négative par le médecin (1/10)</li> <li>- Evocation spontanée du passage à l'ERET par le patient de manière négative (1/10)</li> </ul>
Absence d'effet au passage à l'ERET	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de notion de patient expert (7/10)</li> <li>- Pas d'attente différente des patients (7/10)</li> <li>- Limite de l'ERET : absence d'amélioration au long cours de la prise de conscience de l'importance des RHD (6/10)</li> <li>- Pas ou peu d'évocation(s) spontanée(s) du passage à l'ERET par le patient (6/10)</li> <li>- Pas de changement de rôle du patient (6/10)</li> <li>- Pas de modification des questions des patients au médecin (4/10)</li> <li>- Pas d'amélioration clinico-biologique (4/10)</li> <li>- Pas d'aide à l'observance au traitement (3/10)</li> <li>- Pas d'amélioration des complications chroniques (3/10)</li> <li>- Pas d'amélioration des complications aiguës (2/10)</li> <li>- Pas d'aide à la compréhension du diabète (2/10)</li> <li>- Pas d'aide dans le cheminement de la pathologie chronique (2/10)</li> <li>- Pas d'aide dans l'adhésion au parcours de soins (2/10)</li> <li>- Pas d'amélioration de l'importance des RHD (1/10)</li> <li>- Pas de perception des patients de résultat de leur passage à l'ERET, car pas de résultat (1/10)</li> <li>- Pas d'amélioration de la qualité de vie (1/10)</li> </ul>
Incertitudes sur l'effet du passage de l'ERET sur leur patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extrapolation du mieux-être psychique par les médecins (8/10)</li> <li>- Incertitude sur une amélioration des complications chroniques (5/10) et aiguës (4/10)</li> <li>- Incertitude sur le rôle de l'ERET dans l'adhésion au parcours de soins et à l'observance du traitement (1/10)</li> </ul>

## Résultats du passage des patients à l'ERET sur le vécu professionnel des médecins et leur ressenti :

- ERET : des atouts et un confort professionnel pour la majorité

Huit médecins ont **une bonne perception de l'ERET en tant que structure utile pour les patients et pour eux-mêmes**. Ils notent beaucoup de retentissements positifs sur leur pratique suite au passage de leurs patients au programme éducatif. Cela représente pour la majorité de l'échantillon interrogé **une aide extérieure avec un soutien pour le médecin, une prise en charge pluridisciplinaire, ou encore une prise en charge globale et complémentaire aux consultations**, voire une nouvelle conception de l'exercice de la médecine !

E9 L.394 et 407 : « *Dr : de façon très positive. [...] C'est une aide précieuse. [...] On délègue quoi. »*

E4 L.478 à 485 : « *Dr : on peut plus concevoir la médecine sans, sans activité extérieure. [...] c'est important [...] d'avoir, effectivement des soutiens extérieurs. »*

Les atouts du passage au programme éducatif résident, selon les médecins interrogés, dans les méthodes utilisées par l'ERET. Ainsi, une majorité pense que le **travail en groupe est un plus** pour les patients, que ce soit en termes d'apprentissage avec **une méthode pédagogique adaptée ou dans la motivation**. La notion de groupe de pairs change la position du patient par rapport à sa posture singulière avec le médecin en consultation.

E5 L. 423 à 432 : « *Dr : Euh, quand on, quand on voit des groupes fonctionner. T'as une personne qui dit une bêtise, t'as l'autre derrière qui dit, "ben non attendez, madame, c'est pas comme ça, voyons, réfléchissez !" Et, et ça fait avancer le groupe. [...] Parce que, c'est toujours plus facile d'avancer quand c'est quelqu'un qui a la même chose que toi qui te donne la solution, plutôt que quand c'est un ..., celui qui a le savoir qui apporte. C'est le même principe que pour les internes, on est censé ne pas donner la solution [...]. C'est le même principe, quand tu trouves toi-même la solution, ça rentre bien plus vite que quand c'est quelqu'un qui te la donne. »*

E7 L.77 à 78 : « *Dr : Peut-être que de le voir en groupe, ça motive plus. »*

Outre la pédagogie adaptée, des médecins citent **l'importance de la gratuité ou du faible coût de la prise en charge diététique et physique**, comme autre atout.

E7 L.111 à 116 : « *Dr : moi je le prescris surtout pour [...] prise en charge avec une diététicienne [...] un frein financier [...] au départ [...] C'est dans ce sens-là, que je prescrivais l'ERET. »*

Le confort professionnel passe aussi par **le soutien ou la valorisation que peuvent ressentir les médecins** grâce à l'intervention de l'ERET. En effet, ils attendent tous l'aide de l'ERET pour faire évoluer le comportement de leur patient. Même si cette attente est parfois cachée, certains affirment clairement qu'ils ont besoin d'**un soutien face à la lassitude engendrée par l'ETP réalisée seuls au cabinet**. Grâce à ce programme, les praticiens se sentent valorisés devant les résultats objectifs des patients, et sont moins seuls face à ce travail colossal qu'est l'éducation aux RHD.

E10 L.260. 261 et 267 : « *Dr : De ma part (sourire), quelque fois ça commence à être un petit peu lassant [...] Oui. C'est moins décourageant de ne pas être seule. »*

Cette attente paraît d'ailleurs dans **les motifs d'adressage**. La plupart des interrogés s'accorde à dire qu'ils envoient majoritairement les patients pour **une aide à la prise en charge des RHD**. Sept d'entre eux les adressent pour la diététique et cinq pour l'activité physique.

E5 L.77 à 79 : « *Dr : La première des raisons, c'est que ce soit quelqu'un qui ait besoin, euh, d'avoir une idée, euh, sur le plan de son, de la diététique. »*

E6 L28. 29 : « *Dr : La prise en charge diététique, après tout ce qui est activités physiques. »*

Les médecins peuvent exprimer minoritairement **d'autres attentes** du passage à l'ERET dans leur motif d'adressage, mais toujours **pour une aide à l'accompagnement du patient** (difficultés d'observance, comorbidités, diabète déséquilibré, aide à la mise en place d'un traitement médicamenteux). Deux généralistes nous confient également prescrire l'ERET aux patients demandeurs.

- ERET : ... mais aussi un contexte de prescription médecin-dépendant à plusieurs niveaux

Il est intéressant de noter que tous les médecins n'adressent pas les mêmes types de patients au programme éducatif. **Les motifs et la proportion d'adressage varient en fonction de la formation et de l'intérêt du médecin à l'ETP**. Seuls deux généralistes proposent l'ERET de manière systématique. Ces derniers sont formés à l'ETP et ont eu tous les deux, un rôle lors de la création des organismes antérieurs à l'ERET.

E 9 L. 344 à 347 : I : « *Est-ce que vous avez l'impression de le proposer à plus de personnes ?*  
Dr : *Euh [...] Moi, c'est un peu systématique, hein, je pense que j'ai été sensibilisé dès le début, puisque j'ai été de l'aventure. »*

**La proportion de participation est très variable d'un médecin à l'autre**. Deux médecins en adressent beaucoup comme vu précédemment. D'autres ne connaissent pas la proportion de participation de leurs patients et enfin trois n'adressent qu'une infime partie de leur patientèle.

Quant à **l'évolution de prescription**, on note également une **grande hétérogénéité selon les médecins**. Pour quatre des généralistes, il n'y a pas d'évolution dans l'adressage. En effet, soit ils étaient dès le début sensibilisés à ce sujet ou soit, il n'y a pas de possibilité d'adresser plus de patients devant des freins de participation aux ateliers.

E5 L. 725. 726 : « *Dr : non, ... parce que ça tu ne peux pas élargir le type de patient, puisque de toute manière, tu as que certaines zones...* »

Trois médecins ont **diminué, voire arrêté leurs prescriptions**, dont deux d'entre eux, du fait **des mauvais échos de l'antenne locale**.

E8 L.115 à 118 : « *Dr : J'en ai pas en tête qui sont sortis bénéfiques de ce programme. [...] Et je vous dis, ça doit faire un an ou deux ans que j'en envoie plus. »*

Un autre généraliste, qui adressait beaucoup de patients à l'ERET au début de son exercice en PSLA, **déplore sa diminution de prescriptions.**

E2 L 29 à 36 : « *Dr : Ça s'effrite au fil du temps. [...] Ça s'est beaucoup effrité. [...] la première année on a eu une trentaine de personnes [...] et puis au fil du temps ça s'est complètement délité.* »

Enfin trois autres **ont augmenté leurs prescriptions car ils y pensent davantage.** Ils ont plus le réflexe de les adresser à ce programme éducatif, même s'il n'y a pas toujours d'évolution aux motifs d'adressage.

E10 L. 225 : « *Dr : oui, je le prescris beaucoup plus qu'avant je pense.* »

- Un retentissement sur le contenu de la consultation unanime mais médecin-dépendant

Par ailleurs, une grande majorité de généralistes évoque **une gestion différente des consultations.** La moitié affirme qu'ils **gagnent du temps dans les consultations avec des patients éduqués** (moins de répétitions des RHD et pas de changement de traitement médicamenteux).

E6 L.249 à 254 : « *Dr : je pense que je passe un petit peu moins de temps à [...] si on modifie pas les traitements [...] on va être plus rapide. On va effectivement passer un petit peu moins de temps à réexpliquer [...] niveau alimentation, niveau activité physique [...] C'est vrai que [...] on passe moins de temps.* »

Ainsi, comme évoqué précédemment, on note une **complémentarité à l'exercice médical** grâce à l'ERET.

E9 L.394 et 407 : « *Dr : C'est une aide précieuse. [...] On délègue quoi.* »

Mais, **la durée de la consultation n'en est pas modifiée** pour autant. En effet, même si les médecins gagnent du temps sur les RHD et le traitement médicamenteux, ils prennent davantage de temps pour la discussion avec le patient.

E5 L.879 à 882 : « *Dr : Ça change rien [...] le temps de la consultation, elle est dépendante du temps de discussion.* »

Outre l'éducation reçue, les médecins peuvent s'appuyer sur les **comptes rendus** adressés de l'ERET, comme outils au sein de leur consultation. Quatre praticiens déclarent se servir de ce support comme **outil de communication ou de motivation des RHD** avec leurs patients.

E1 L.139 à 146 : « *Dr : Globalement, on va à deux ou trois points essentiels. [...] qui ont été soulignés par l'ERET [...] ça peut être le manque d'activité physique, ou euh... une mauvaise hygiène alimentaire [...] Sur lesquels il faut insister.* »

Ces mêmes médecins sont satisfaits **du lien avec l'ERET.** Parmi ces quatre généralistes, deux connaissent personnellement les différents intervenants et ont, ou ont eu un rôle dans l'ERET.

E3 L.325 à 328 : « *I : Est-ce que vous trouvez que leurs retours sont bien faits ?* »

*Dr : Ben oui. Ben avec X (prénom de l'infirmière d'éducation thérapeutique de l'ERET), y'a pas de problème. »*

Cela reste, tout de même, à nuancer car tous ne partagent pas cette opinion. Ainsi, plus de la moitié pensent que **le lien avec l'ERET fait cruellement défaut.**

E2 L. 557 : « *Dr : Je pense que justement [...] ce qui manque c'est du lien. »*

Il est important de noter que les médecins ont tous **une attente assez précise du mode de relation qu'ils voudraient avoir avec le programme éducatif**, pour s'en servir en consultation, même si elle varie d'un praticien à l'autre. Ainsi, certains aimeraient plus de dialogue informel, d'autres souhaiteraient des comptes rendus plus réguliers.

- Une influence sur la relation médecin-malade très mitigée

Concernant **la relation médecin malade**, sept des dix médecins ne notent **pas de différence**. Pour eux, cette relation était déjà satisfaisante avant le passage à l'ERET.

E4 L. 507 à 522 : « *Dr : je pense qu'on peut avoir les mêmes types de relation, les mêmes dialogues [...] je vois pas de, d'évolution en bien [...] ou en mal. »*

Toutefois, pour les trois autres, **la relation médecin malade s'améliore**. Une des praticiennes note même une relation plus amicale et des consultations plus agréables, du fait des résultats positifs de l'ERET sur le patient. Le patient arrive plus détendu et cela se ressent lors des consultations. La qualité de vie au travail de cette généraliste est donc améliorée.

E10 L. 288 : « *Dr : Plus détendus, et voilà, ça se ressent dans la consultation »*

- ERET : un ressenti antenne dépendant

Il est à noter, tout de même, que **les deux praticiennes insatisfaites de leur antenne locale regrettent de ne pas voir évoluer leur pratique**. En effet, elles aimeraient pouvoir avoir une aide et un soutien de cette structure dans la prise en charge de leur patient.

E8 L.189 à 190 : « *Dr : Une grosse déception parce que je pense que c'est une excellente idée. Je pense que c'est quelque chose dont on a besoin, nous, en médecine générale. »*

- Les freins de participation et les limites de l'ERET vus par les généralistes

Un des **principaux freins à l'adressage à l'ERET est le profil du patient**. En effet six médecins sur les dix interrogés s'accordent à dire que les patients qui ont le plus besoin de l'ERET refusent d'y participer. Pour eux, si les patients **n'ont pas accepté leur pathologie chronique ou n'ont pas pris conscience de l'importance des RHD**, ils refuseront d'aller à ce programme éducatif. De plus, certains émettent l'idée que **seuls les patients proactifs vont y participer**.

E4 L. 67 à 79 : *Dr : « il faut l'adhésion des gens [...] y'a des gens qui sont complètement obtus, hein. Alors ceux-là [...] Ils veulent pas [...] Ils veulent leurs médicaments pour le diabète point.*

*I : Hum. D'accord. Et ceux-là, vous n'arrivez pas à les faire adhérer à l'ERET ?*

*Dr : Non, non. C'est ceux qui en auraient le plus besoin mais y'a rien à faire. Ils refusent tout. Ils veulent leurs médicaments point. »*

*E 5 L.72 à 75 et 214 à 218 : « Dr : Alors pour pouvoir aller à l'ERET, il faut déjà être conscient de la situation. [...] Donc je ne peux envoyer à l'ERET, que des patients motivés. » « Je n'ai jamais réussi à faire aller à l'ERET quelqu'un qui ne veut pas entendre parler de sa maladie. [...] il faut que dans un premier temps, que moi, j'arrive à leur faire comprendre leur maladie. »*

*E9 L. 27 à 35 : « Dr : Le souci, le biais... C'est toujours comme ça dans les réseaux. Parce qu'en fait, on s'aperçoit que c'est les gens qui sont [...] bien observants [...] qui rentrent dedans. [...] Donc on n'arrive pas à toucher la ... la population cible. Enfin, moi, c'est mon ressenti. »*

Certains médecins font part **d'autres freins de participation à l'ERET**, tels que la participation financière aux activités physiques, une difficulté d'emploi du temps pour les patients actifs, une localisation hospitalière ou un délai administratif.

D'autre part, une des praticiennes déplore **l'appropriation des patients par l'ERET et par les spécialistes**, et ainsi **la perte de suivi de ses patients**.

*E5 L. 933 à 973 : « Dr : Vous ne voyez plus le patient, [...] c'est ennuyeux. [...] ce qui me frustre [...] c'est l'idée qu'un moment donné je perde mes patients, voilà. [...] je veux bien envoyer à l'hôpital [...] Mais je veux garder mes patients. [...] ça, c'est insupportable. »*

Pour ce qui est de **la notion de groupe**, même si les médecins s'accordent à dire que c'est une force de méthode d'apprentissage, certains le notent tout de même comme **un frein de participation pour quelques patients. Ils déclarent cependant que ce frein est facilement levable** après explications de l'intérêt de la méthode. Après ce frein levé, même les patients affirment que **le groupe est un atout**, aussi bien dans l'apprentissage, comme vu précédemment, que dans le rôle social.

*E9 L.61 à 64 : « Dr : Alors, le frein, c'est souvent le fait d'être en groupe. [...] ça, c'est à nous de leur expliquer qu'au contraire ils vont rencontrer leurs pairs et finalement après ils sont contents. Mais souvent, c'est ça, hein. »*

*E5 L.361 à 367 : « Dr : c'est très curieux, parce que généralement, quand ils s'inscrivent, [...] ils réclament tous ou presque tous, d'avoir des, des ateliers seuls. [...] Ils veulent pas être en groupe. [...] et à partir du moment où ils se mettent en groupe [...] ils s'entraident. »*

Enfin la limite principale de l'ERET évoquée par les généralistes, est **le manque de suivi au long terme des patients par l'ERET**. Les patients mais aussi les médecins souhaiteraient, pour la moitié d'entre eux, avoir un suivi au long cours à l'ERET et non une prise en charge d'un an, comme actuellement.

*E9 L. 491 à 497 : « Dr : l'échec qu'on a dans notre réseau et comme dans tout réseau [...] Le but, c'est de les rendre autonomes. L'éducation thérapeutique c'est quand même euh, de leur apprendre à vivre avec leur maladie et puis de les relâcher dans la nature. »*

**Tableau 5 : Récapitulatif des résultats du passage des patients à l'ERET sur le vécu professionnel et personnel du médecin**

	<b>Pour son vécu professionnel et personnel</b>
Effets positifs du passage du patient à l'ERET dans sa pratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation des méthodes de l'ERET (9/10)</li> <li>- Ressenti positif du médecin vis-à-vis de l'ERET (8/10)</li> <li>- Gestion différente des consultations grâce à l'ERET (8/10)</li> <li>- Gain de temps dans les consultations (3/10)</li> <li>- Liens bien faits avec l'ERET (4/10)</li> <li>- Amélioration de la relation médecin malade (3/10)</li> <li>- Amélioration de la communication entre le médecin et le patient (3/10)</li> <li>- Utilisation des comptes rendus comme outils de motivation et motivation pour les règles hygiéno-diététiques (2/10)</li> </ul>
Effets négatifs dans sa pratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de lien avec l'ERET (6/10)</li> <li>- Ressenti négatif de l'ERET avec déception (2/10)</li> </ul>
Absence d'effet au passage à l'ERET dans sa pratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu ou pas d'utilisation(s) des comptes rendus de l'ERET dans les consultations (8/10)</li> <li>- Pas de changement de communication avec le patient (7/10)</li> <li>- Pas de modification dans la relation médecin malade (7/10)</li> <li>- Pas d'incidence sur la durée des consultations (6/10)</li> <li>- Pas de différence dans la gestion de la consultation (2/10)</li> </ul>
Motifs d'adressage à l'ERET	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RHD pour la part diététique (7/10)</li> <li>- RHD pour l'activité physique (5/10)</li> <li>- Multi pathologies (4/10)</li> <li>- Problème d'observance (3/10)</li> <li>- D'abord aux programmes que le diabète : obésité (3/10)</li> <li>- Quasi systématique (2/10)</li> <li>- Déséquilibre (2/10)</li> <li>- Patient demandeur (2/10)</li> <li>- Mise en place d'un traitement médicamenteux (1/10)</li> </ul>
Evolution de prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'évolution (4/10) : pas de possibilité avec une limite d'adressage, ou sensibilisés dès le début</li> <li>- Diminution de proportion (3/10) : mauvaise prise en charge ou épuisement du médecin</li> <li>- Augmentation de la proportion (3/10) : réflexe ; y pensent plus qu'avant</li> </ul>
Freins de participations et limites de l'ERET	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail en groupe : possible limite d'adressage mais force par la suite (8/10)</li> <li>- Absence de compréhension de l'importance des RHD au long cours (4/10)</li> <li>- Manque de liens (5/10)</li> <li>- Manque de suivi au long terme (4/10)</li> <li>- Vie active et impossibilité de se rendre à l'ERET (2/10)</li> <li>- Manque d'organisation (2/10)</li> <li>- Pérennité financière du système (1/10)</li> <li>- Appropriation des patients par l'ERET (1/10)</li> <li>- Délai administratif (1/10)</li> <li>- Localisation hospitalière (1/10)</li> <li>- Activités physiques mal adaptées (1/10)</li> <li>- Participation financière aux activités physiques (1/10)</li> </ul>

## DISCUSSION

### Les limites et forces de l'étude

Sept antennes sur les neuf de l'ERET ont répondu à nos sollicitations. L'ensemble du territoire bas normand est cependant bien couvert, car **les trois départements sont représentés**. Dix des quatorze médecins sollicités, ont répondu favorablement à notre demande d'entretiens. **Le taux de participation est donc bon**. L'échantillon peut paraître faible mais il est diversifié à tout point de vue (cf. **tableau n°2**), et nous pensons approcher **la saturation de données**. De plus, **une triangulation des données** a été réalisée.

### Comparaison des résultats avec la littérature

Globalement, **notre étude corrobore les résultats de la littérature** et confirme l'intérêt et l'efficacité de l'ETP en structure ambulatoire. Toutefois, certains points méritent d'être discutés.

Les médecins interrogés notent à regret **que le programme éducatif ne s'applique pas à tous**. Certains en sont conscients et l'expriment directement en expliquant que **le patient doit déjà avoir accepté sa pathologie chronique** pour aller à l'ERET. Mais cette limite n'est pas spécifique à notre étude, comme le confirment Assal et Lacroix (18,19). D'après eux, les patients doivent d'abord **prendre conscience de leur état avant d'accepter une prise en charge** de leur pathologie chronique. Nos généralistes le regrettent. Ils **attendent de l'ERET un soutien dans la prise de conscience de l'importance de la démedicalisation** et une aide vers **l'autonomie active du patient** vis-à-vis de sa maladie chronique. D'ailleurs, cette attente est légitime, car d'après l'ENTRED (échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées) (20,21), ce sont **le régime alimentaire et l'activité physique qui sont le moins suivis** chez les diabétiques de type 2.

Concernant **les résultats de l'hémoglobine glyquée**, trois écrits (3,22,23) montrent **une diminution de ce marqueur** suite à l'ETP. Dans notre étude, seulement la moitié des médecins interviewés remarque une amélioration clinico-biologique. Cette nuance nous montre que **les résultats sur ce domaine sont difficiles à percevoir pour nos praticiens**. Cela peut sans doute s'expliquer parce que **ce n'est pas leur attente principale, vis-à-vis de l'ERET**. La bibliographie montre également que l'HbA1c ne peut pas être considérée comme le seul marqueur d'efficacité de l'ETP (18,19). C'est peut-être pour cela, également, que nos médecins ne se focalisent pas principalement sur l'HbA1c.

Au vu de ces différents éléments, on peut donc **s'interroger sur la pertinence du dosage biomédical de l'HbA1c dans les ROSP** comme mesure de santé publique.

Par ailleurs, **contrairement à ce que retrouve la littérature (3), peu d'interrogés constatent une baisse des complications, qu'elles soient aiguës ou chroniques**. On peut en déduire que **la perception des médecins, globalement positive de l'ERET, ne s'appuie pas uniquement sur les critères médicaux**.

Concernant **le mieux-être psychique**, la littérature (20) retrouve **une amélioration de la qualité de vie**. Nous retrouvons cette tendance dans notre étude, puisque les trois quarts des médecins interrogés évoquent une amélioration de la qualité de vie ainsi qu'un mieux-être psychique. Mais, on note qu'ils hésitent avant de répondre positivement à cet item. **Ils le font**

**souvent suite à une extrapolation des divers bénéfices exprimés par les patients** (bonne perception des patients à ce programme, meilleure acceptation de la pathologie chronique, meilleure compréhension de la maladie, amélioration de l'autonomie, perte de poids, reprise d'activité physique, sentiment d'appartenance à un groupe). Ces résultats sont donc à prendre avec précaution, même si la méta analyse de Norris (25) affirme que la **connaissance acquise par le patient est déjà un gage d'amélioration de la qualité de vie**. De plus, nos résultats se rapprochent de ceux de l'ENTRED (22), qui souligne que **trois quarts des patients déclarent mieux vivre avec leur maladie grâce aux séances éducatives collectives** (méthode utilisée par l'ERET). **L'évaluation quadriennale de l'ERET (26,27), confirme ces éléments, puisque près de 90% des patients estiment « être d'accord avec une amélioration ou un maintien de la qualité de vie »** suite à leur passage dans la structure.

**Cela montre également que les praticiens interrogés ne posent pas directement la question du mieux-être psychique à leurs patients, alors qu'ils attendent surtout de l'ERET une aide non médicale.** Serait-ce par manque de communication, ou par oubli puisqu'ils se focalisent désormais sur le suivi médical lors des consultations ? Serait-ce grâce à la communication non verbale ou à la connaissance antérieure de leurs patients qu'ils déduisent cette amélioration psychique ?

On peut ajouter que **nos médecins identifient les bienfaits du travail en groupe. Ces résultats se rapprochent de la littérature.** Ainsi, Giordan (28) **vante les mérites de la pédagogie constructive** où « l'apprenant construit progressivement son savoir en travaillant avec d'autres (travail de groupe) ». Selon la méta analyse de Duke en 2009 (20), le recours à **l'ETP individuelle** ne retrouvait **pas de diminution significative de l'HbA1c** par rapport à une prise en charge conventionnelle. L'ETP collective apportait un mieux-être psychique, alors que celle effectuée **individuellement**, pouvait **entraîner une augmentation de l'anxiété et de la dépression** (29,30). D'ailleurs, à l'ERET, où les séances d'ETP sont réalisées collectivement, aucun effet anxiogène n'a été identifié. Il est donc pertinent d'élargir la tâche d'ETP au-delà du colloque singulier médecin patient, plutôt que de se limiter dans de l'ETP individuelle en consultation.

### **Réflexion sur la pratique professionnelle : diverses influences dans la prescription à l'ERET**

- Influence de la formation

L'académie nationale de médecine (31), le code de santé publique (32,33), le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques (34,35) et le rapport JACQUAT (36) insistent tous sur **l'intérêt de favoriser la formation initiale et continue des médecins à l'ETP pour promouvoir cette dernière**. Ils visent à intégrer l'ETP dans la formation médicale, ce qui est en adéquation avec **les attentes des médecins qui, d'après l'ENTRED (22), reconnaissent ne pas être assez formés ni à l'aise sur ce sujet**. Ceci se retrouve clairement dans notre étude. On note **une différence dans les motifs et les proportions d'adressage en fonction de la formation des médecins**. Les médecins les plus prescripteurs d'ERET sont ceux ayant été sensibilisés lors de formation continue. De plus, on note **une différence d'appréciation de l'efficacité de l'ETP** chez ces médecins. Il était donc intéressant de le prendre comme critère de diversification de l'échantillonnage. Il

est probable que dans l'avenir, grâce à l'élargissement de la formation en ETP, les résultats de l'étude soient encore plus favorables à l'ERET.

- Rôle de la conviction de l'ETP

On retrouve, dans notre étude, **une même différence d'appréciation de l'intérêt de l'ERET entre les militants de l'ETP et les autres** qu'avec les formés et les non formés. Les « pro ERET » vantent spontanément les mérites de ce programme, alors que les autres ont des difficultés à percevoir son impact positif. Certains ne savent même pas la proportion de participation de leurs patients au programme éducatif. De plus, ils réfléchissent durant l'entretien aux réponses qu'ils apportent en soulignant même parfois, qu'ils ne s'étaient pas posé la question auparavant.

E10 L. 16 à 17 : I : « *Vous adressez beaucoup de patients à... à ce réseau ou pas ?*  
Dr : *Je sais pas, je sais pas le nombre, j'essaie d'en adresser. »*

E10 L. 146 à 152 : « *Dr : Je sais pas si ça leur apporte plus. Oui, je pense. Je sais pas. Vous me posez une colle. [...] Alors là, je peux pas vous dire. [...] faudrait qu'il y ait des études pour voir. »*

Donc, **la perception de l'efficacité et l'intérêt pour l'ERET influencent directement les conditions d'adressage des médecins**. Etant donné que les médecins non formés, peu convaincus ou ne percevant pas l'impact pour leurs patients, prescrivent également l'ETP, il est possible qu'ils y trouvent **un autre avantage comme le confort professionnel**.

- Influence du mode d'exercice

Un des interviewés adressait souvent ses patients lors de son arrivée en pôle de santé. Puis sa proportion de prescription a diminué. On imagine que **le mode d'exercice pourrait influencer la pratique des médecins**. Il faudrait tout de même confirmer ce point par une étude complémentaire.

E2 L6, L.24 à 36 et L. 54 à 61 : Dr : « *Je suis installé depuis 2007 et là dans le pôle depuis 2012 [...]*

I : « *Et depuis combien de temps vous envoyez vos patients euh, sur, sur l'ERET ?*

Dr : *Ben ça fait depuis qu'on est dans les locaux donc depuis 2012, à peu près [...] ça s'effrite au fil du temps. [...] Ça s'est beaucoup effrité. [...] Là quand on a réussi à monter euh... le euh... le projet ici, euh, la première année on a eu une trentaine de personnes [...] et puis au fil du temps ça s'est complètement délité. [...]*

*Et puis le problème de motivation [...] l'effet finalement d'en... d'entraînement se perd [...] Et ce qui [...] pose souci. [...] On est en train de travailler sur un projet de PSLA sur ... sur antenne B. [...] avec dans l'idée de refaire une structure ERET sur ville B »*

- Impact de la connaissance du dispositif et des acteurs locaux de l'ERET

Les médecins de notre étude satisfaits du lien avec l'ERET connaissaient pour la moitié personnellement les différents intervenants et ont, ou ont eu un rôle dans le programme éducatif. Cela prouve qu'**une connaissance du dispositif et a fortiori des acteurs locaux influencent, là encore, la perception et donc la prescription de l'ETP**.

E3 L.325 à 328 : I : « Est-ce que vous trouvez que leurs retours sont bien faits ?  
Dr : Ben oui. Ben avec X (prénom de l'infirmière d'éducation thérapeutique de l'ERET), y'a pas de problème. »

### **Evolution de la conception de l'exercice médical : du médecin paternaliste à la notion de cothérapeute**

- Une évolution du concept de la médecine avec une pratique centrée sur le patient

La littérature montre une évolution de **la pratique de la médecine, qui devient plus centrée sur le patient que sur la maladie** (37,38). L'HAS et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (15,39,40) définissent l'ETP comme « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. » Cela se retrouve dans notre étude, car les médecins grâce à l'ERET espèrent **sortir de la relation médecin malade duelle descendante, grâce à une prise en charge pluridisciplinaire centrée sur le patient**. D'ailleurs, Ivernois (41), explique **la nécessité du changement du modèle paternaliste (transmission verticale) vers un modèle basé sur la notion d'alliance thérapeutique (transmission horizontale)**. « L'ETP du patient représente l'expression d'un changement de conception de santé et permet au patient d'être capable d'être son propre médecin pour une période donnée. » Ainsi, nous sommes face à **un changement de la relation médecin malade qui passe du « construire pour le patient » à « construire avec le patient »** (42,43).

Pourtant, nous avons un retard important en France, par rapport aux pays anglo saxons, puisque nous arrivons tout juste vers la notion **d'approche centrée sur le patient, alors qu'ils évoluent déjà vers une notion de « partenariat patient » dans ces pays**. Le partenariat patient « s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie et complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels de santé. » (42). L'approche anglo saxonne dépasse donc celle centrée sur le patient, puisqu'elle fait de lui, un membre à part entière de l'équipe soignante face à la maladie.

Nos médecins sont majoritairement demandeurs de ce changement de paradigme et de conception de leur exercice. D'ailleurs, deux des praticiens, évoquent spontanément le souhait de voir **évoluer le rôle du généraliste**. Pour eux, **il faut cesser le rôle culpabilisant et omnipotent du médecin traitant** et permettre un rapprochement entre les deux partenaires.

E2 L. 696 à 718 : « Dr : avant la toute-puissance du médecin, c'était [...] je suis le sachant, euh, je vais vous faire une délivrance. Vous allez vous y conformer et c'est comme ça. » [...] « si le médecin est très paternaliste. Le patient il va être [...] un peu infantilisé »

E2 L. 768 à 771 : « Dr : à partir du moment, où on responsabilise les gens [...] et qu'on les infantilise pas [...] une vraie adhésion. »

E3 L. 151.153 : « Dr : Je pense que le fait qu'on les culpabilise pas [...] ça se passe pas pareil, voilà hein. »

- Souhait du médecin d'un changement du rôle du patient, mais peur du patient expert

En plus de leur volonté de changement de posture dans leur pratique, l'attente unanime des médecins est **une prise de conscience de l'importance de la démedicalisation par leurs patients**. Ainsi, **ils souhaitent tous que leurs patients deviennent acteurs dans la prise en charge de pathologie chronique**, et qu'ils deviennent sujets et non objets de soins.

E3 L. 48 à 50 et 87 à 89 : « *Dr : qu'ils prennent conscience qui sont pas seuls. Que ... ils ont quand même une grosse part du travail à faire [...] c'est pas juste les comprimés qui vont régler le problème.* »

« *Dr : Oui, oui, oui. (Hochement de tête), c'est justement le but. C'est un peu ce que je vous exprimais au début, hein, c'est-à-dire, qu'ils ont leur rôle à jouer, à modifier leur mode de vie.* »

D'ailleurs, lors d'un entretien, l'un des médecins interrogés, affirme que **le patient est « déboussolé » face à ce changement de rôle. Pour le praticien interrogé, le médecin doit également évoluer et laisser plus de place au patient pour qu'il devienne acteur dans la prise en charge de sa pathologie.**

E 2 L.358 à 361 : « *Dr : on a été biberonné depuis notre [...] enfance [...] cette idée que tout passait par la prescription [...] le rôle omnipotent du [...] médecin* »

E2 L. 779 à 784 : « *Dr : Pour le patient [...] c'est une petite révolution [...] de devenir acteur [...] de sa santé. [...] ils sont déboussolés dans les pathologies chroniques [...] quand on leur donne le choix [...] ils sont pas habitués à ça.* »

Pourtant, dans notre étude, deux médecins signalent à regret l'apparition de patients experts. Pour eux, la relation médecin malade se retrouve bouleversée, par ces patients ayant « trop » de connaissances. **Ils ont peur de ne plus pouvoir répondre à leurs attentes**. On peut donc identifier une certaine forme de **paradoxe entre le souhait d'avoir un patient acteur et la peur de faire face au patient expert**.

E5 L.149 à 163 : « *Dr : je suis un petit peu, euh, euhhh, frileuse concernant des patients qui sont vraiment trop informés. [...] c'est bien d'être informé, de savoir. Mais ça devient un peu compliqué quand vous avez en face de vous, quelqu'un qui est au courant de tout, les points les plus euh, euh, comment dirais-je, euh, enfin euh, "ce médicament-là va sortir", "dans combien de temps?", euh, "et puis bientôt, on pourra essayer", et puis "moi je comprends pas pourquoi on fait pas déjà ça, parce que aux Etats Unis, parce que machin [...] Waouhhhh, c'est beaucoup [...] Je trouve que ça fait beaucoup [...] moi en tant que généraliste, j'ai même du mal à suivre certains de mes patients [...] à un moment donné, euh. Stop.* »

E5 L.166 à 193 : « *Dr : Et ça le patient expert, ça me fait toujours un peu peur le patient expert. [...] Peut-être, peut-être, parce que je suis moi-même pas toujours sûre de moi, et que tu te dis que tu as en face de toi, quelqu'un qui s'y connaît, qui s'y connaît plus que toi [...] C'est quelque part la relation, ... Je comprends bien, je comprends bien que la relation ne doit pas être de médecin à patient, (en faisant signe avec ses mains médecin en haut et patient en bas). Ça, je comprends bien. [...] C'est bien quand c'est comme ça (mets ses deux mains à la même hauteur.) Mais comme ça (en mettant le patient en haut et le médecin en bas), ça commence à devenir un peu compliqué (rires). [...] C'est pas marrant non plus, celui qui sait rien et qui s'en fout, c'est pas marrant non plus. Mais celui qui en sait trop, euh, c'est pas toujours facile à gérer.* »

Il est à noter que les médecins durant les entretiens, ont probablement fait **l'amalgame entre le patient expert et le cothérapeute**. Il aurait peut-être été intéressant d'approfondir leur représentation de ces deux appellations.

### **Paradoxe entre la vision de l'ETP des médecins et leur pratique**

Tous les praticiens interrogés semblent convaincus de l'intérêt de l'ERET, à divers degrés. Ils reconnaissent les méthodes pédagogiques et s'accordent à dire qu'ils ont besoin d'aide extérieure dans la prise en charge de la démedicalisation. Ces données sont retrouvées dans la bibliographie. En effet, selon le baromètre de santé de 2009 (44) et l'ENTRED (30), près de 75% des **médecins sont prêts à déléguer les tâches de prévention** et 60% affirment avoir **besoin de soutien et d'outils éducatifs**. Ils déclarent que **le rôle du médecin traitant est de coordonner l'ensemble des démarches éducatives**.

On remarque dans notre étude, pour quasiment tous les médecins interrogés, une modification, même minime de leur pratique, grâce au passage à l'ERET. On peut toutefois se demander pourquoi chez certains praticiens, ce passage est si peu utilisé. On note **un paradoxe important entre leur pratique et la vision qu'ils ont de l'ETP** chez quasiment tous les généralistes, en dehors de celui qui anime les ateliers. Ainsi, **nos médecins même convaincus de l'intérêt de l'ETP dans la prise en charge de pathologie chronique, ne le prescrivent pas pour autant de façon importante. Ou, lorsqu'ils le font, cela n'a qu'un faible retentissement dans leur pratique car ils se servent peu du passage à l'ERET dans leurs consultations**.

E2 L.61 à 67 et 109 à 114 : « *Dr : avec dans l'idée de, de refaire une structure ERET sur ville B [...] sachant qu'on est pas mal de gens diplômés là en ETP. »*

« *Dr : Je dirais qu'on en prescrit [l'ERET] de moins en moins. [...] Malheureusement. [...] y'a vraiment un phénomène [...] pas d'épuisement, mais ... un peu de délitement »*

E5 L. 443 à 449 et 626 à 631 : « *Dr : Et j'en suis persuadée. Et de toute façon, toutes vos questions qui ... pour me demander si mes patients vont mieux après. C'est heureusement que la réponse est oui, parce que sinon ça n'existerait pas. [...] On n'aurait pas besoin d'ETP. Si, si on a une ETP, qui prend de plus en plus de, de place, c'est bien que ça a un intérêt sinon... »*

« *Dr : La, la... Je... Je ne sais pas, c'est vrai, je vais vous dire la réponse, hein, je ne sais pas rebondir sur l'ETP. Pour moi, c'est une partie des choses, voilà. C'est un bloc [...] Voilà un bloc que je propose, mais, mais, je n'ai pas... enfin, je ne me sers pas de ça. Après, je ne suis pas sûre que eux se servent de ce que moi je dis, donc euh. »*

En plus, huit des dix médecins, disent ne pas se servir ou très peu du compte rendu de l'ERET, alors qu'ils affirment que la limite principale est le manque de lien. On peut donc là encore, **identifier une certaine contradiction**.

Par ailleurs, un des médecins interrogés, note un paradoxe entre le souhait d'un suivi au long cours à l'ERET et **le but ultime de l'ETP qui est de rendre les patients autonomes dans la durée**.

E9 L. 491 à 497 : « *Dr : l'échec qu'on a dans notre réseau et comme dans tout réseau [...] Le but, c'est de les rendre autonomes. L'éducation thérapeutique c'est quand même euh, de leur apprendre à vivre avec leur maladie et puis de les relâcher dans la nature. »*

Théoriquement, il ne devrait pas y avoir besoin de poursuivre l'ERET au long cours. D'ailleurs, pour l'OMS (40) l'ETP « **devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie** ». On peut donc se poser les questions suivantes : Pourquoi les médecins et les patients souhaitent que l'ERET poursuive l'ETP dans la durée en dehors d'évènement évolutif ? Pourquoi les patients et les médecins ne perçoivent-ils pas le généraliste comme l'acteur d'ETP au long cours ?

### **Pistes d'amélioration**

Lors de l'étude, **la moitié des praticiens interrogés évoque comme principale piste d'amélioration, un renforcement du lien entre l'ERET et le médecin traitant**. Plusieurs idées ont émergé comme un renfort du lien via le patient, ou une consultation dédiée au passage à l'ERET. D'autres évoquent également l'idée d'avoir un compte rendu plus régulier, ou tout simplement un dialogue moins formel, pour pouvoir mieux se servir du passage de l'ERET avec leurs patients dans les consultations.

E6 L. 222 à 228 : « *Dr : éventuellement que...qu'on puisse avoir des petits retours [...] un petit dialogue éventuellement, ouais.* »

E8 L.63. 64 : « *Dr : Si on avait un, un ... je sais pas, tous les trimestres, un petit point sur voilà ce qui est fait, voilà ce qui est proposé. Tiens, ils viennent, tiens ils viennent pas.* »

D'autres pistes d'amélioration ont été proposées, comme **une meilleure prise en charge financière** même si la plupart reconnaît que la quasi gratuité du système est un atout majeur de l'ERET.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment, certains médecins et patients souhaitent **une poursuite de l'ERET au long cours**.

Enfin, une des autres pistes d'amélioration évoquée par une des praticiennes était **la participation de l'entourage aux ateliers de cuisine**. Pour elle, ces ateliers devraient être ouverts aux conjoints et à l'entourage en général **pour faciliter la bonne pratique des RHD**. Ce souhait s'inscrit dans la définition de l'OMS (40), qui précise que l'ETP vise « **à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement.** » Il serait donc peut-être souhaitable de mettre en place **des structures éducatives primaires à la santé pour prévenir les facteurs de risque cardio-vasculaires et ainsi lutter en amont contre l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques**. La solution ne serait-elle pas pour les médecins généralistes d'avoir des structures éducatives primaires pour faire prendre conscience à la population générale de l'importance des règles hygiéno diététiques ?

## **CONCLUSION**

La plupart des généralistes interrogés perçoit positivement le passage de leurs patients diabétiques de type 2 à l'ERET, que ce soit pour leurs patients ou dans leur pratique. Cette reconnaissance des bienfaits de l'ERET est plus ou moins forte selon la formation et les convictions personnelles des médecins pour l'ETP. Ces dernières influencent les motifs, les proportions d'adressage à l'ERET et leur pratique professionnelle.

D'autre part, la majorité de l'échantillon interrogé voit en l'ERET une aide extérieure bienvenue face à la lassitude engendrée par l'ETP réalisée seuls au cabinet. Ils attendent unanimement de l'ERET une aide pour que leurs patients intègrent l'importance de la démedicalisation dans la prise en charge du diabète. L'unanimité des praticiens regrette toutefois de ne pas pouvoir mesurer l'impact du passage à l'ERET sur le long terme. D'ailleurs, certains médecins déplorent l'aspect ponctuel de l'aide de l'ERET et souhaiteraient que l'ETP puisse se faire au long cours. Face à cette attente partagée de la prise de conscience de la démedicalisation, il serait peut-être souhaitable de réaliser une éducation primaire à la santé pour la population générale et ainsi agir de façon préventive.

Par ailleurs, les médecins généralistes espèrent tous que leurs patients deviennent acteurs dans leur prise en charge. On peut donc voir dans cette attente une nouvelle conception de l'exercice de la médecine. On peut identifier grâce à l'émergence des structures d'ETP, une évolution de la relation médecin malade. Le patient agissant directement dans la prise en charge de sa maladie, on quitte le modèle paternaliste pour tendre vers un modèle plus partenarial.

Mais la mise en place des changements pour satisfaire à ces attentes révèle de nombreux paradoxes chez les médecins.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. GRIMALDI A

Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée....  
Médecine des Maladies Métaboliques. mai 2017;11(3):307-18.

2. CHAMBOULEYRON M, LASSERRE-MOUTET A, LAGGER G, GOLAY A

L'éducation thérapeutique du patient, quelle histoire!  
Médecine des Maladies Métaboliques. décembre 2013;7(6):543-7.

3. LAGER G, PATAKY Z, GOLAY A

Efficacité de l'éducation thérapeutique.  
Revue Médicale Suisse. 2009;3

4. DEPROUW Sabine

Education thérapeutique du patient diabétique de type 2 : entre souhaits du patient et priorités du médecin généraliste  
Thèse d'exercice, Médecine, Strasbourg; 2016. 2016STRA3023

5. CHAAR Bassam

Education thérapeutique du patient et médecine de ville: évaluation des pratiques en 2016 dans le diabète de type 2 des médecins généralistes bas normands [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016. 2016CAEN3147

6. PAYET Bruno

Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste.  
These d'exercice : Medecine, Poitiers  
<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c001de47-07f6-47e5-9c67-35db515b10bf>

7. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Les réseaux de santé (en ligne)  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>  
(Consulté le 16 janvier 2019)

8. CINTAS Alexandra

Evaluation à distance des effets du programme d'éducation thérapeutique, en ambulatoire, des patients diabétiques de type 2 de l'hôpital de Salon de Provence, par eux-mêmes et leur médecin traitant  
Thèse d'exercice. Aix Marseille, 2015: 2015/AIXM/6255.

9. BOURGEOIS Anghjula

Réseaux de soins et médecine générale : Attente des praticiens l'exemple du réseau corse maladies chroniques dans la prise en charge du diabète  
Thèse d'exercice : Médecine, Nice Sophia Antipolis 2017, 2017NICEM065  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01643376/document>

10. PECCOUX- LEVORIN Céline

Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé  
Thèse d'exercice : Medecine, Grenoble, 2011, 2011GRE15118  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00652934/document>  
Consulté le 6 février 2018

11. KABLA Marine  
Comment un « réseau diabète » répond-il aux attentes des médecins généralistes? Etude qualitative auprès des adhérents du réseau Paris Diabète.  
Thèse d'exercice Médecine, Paris 13, 2016, 2016PA130058
12. GAYE Tabitha et MERGANS Marie  
Les représentations de l'éducation thérapeutique du patient : Le regard des médecins généralistes sur leur place dans le parcours éducatif  
Thèse d'exercice, Médecine, Toulouse 3, 2015TOU31051-1052  
<http://thesesante.ups-tlse.fr/1138/1/2015TOU31051-1052.pdf>  
Consulté le 23 janvier 2019
13. HAUTE AUTORITE DE SANTE  
Education Thérapeutique du Patient, Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique : Recommandations Juin 2017 (en ligne)  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_elaborer\\_un\\_programme\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf)  
Consulté le 6 février 2018
14. HAUTE AUTORITE DE SANTE  
Education Thérapeutique du Patient, Comment la proposer et la réaliser: Recommandations Juin 2007 (en ligne)  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)  
Consulté le 6 février 2018
15. HAUTE AUTORITE DE SANTE  
Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007 (en ligne)  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)  
Consulté le 6 février 2018
16. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.  
JORF n°0167 du 22 juillet 2009
17. BLANCHET A, GOTMAN A  
L'enquête et ses méthodes : l'entretien.  
Collection128, Armand Colin 2007.
18. LACROIX A, ASSAL JP, D'IVERNOIS JF. Dir. L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique, 2e édition. Maloine, 2003.
19. LACROIX A, ASSAL JP, D'IVERNOIS JF. Dir. L'éducation thérapeutique des patients. Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. 3<sup>e</sup> édition, Maloine. 201
20. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE  
Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins (en ligne)  
Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>  
(Consulté le 5 février 2019)
21. SANTE PUBLIQUE FRANCE  
Résultats épidémiologiques principaux d'Entred-métropole, Etude Entred 2007-2010 , (en ligne)  
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Etudes-Entred/Etude-Entred-2007-2010/Resultats-epidemiologiques-principaux-d-Entred-metropole>

(Consulté le 6 février 2018)

22. PIMOUGUET C, LE GOFF M, THIEBAUT R, DARTIGUES JF, HELMER C  
Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis.  
CMAJ (Canadian Medical Association Journal). 8 févr 2011;183(2):E115-127.  
Consultable en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3033953/>
23. EMINIAN S, NGUYEN S, GANA K, RUIZ J  
Quels sont les bénéfices d'un cours d'éducation au diabète, pour le patient et pour le médecin ?  
Médecine des maladies Métaboliques, septembre 2011, Vol 5, N° 4 -pp. 431-435
24. DUKE S-AS, COLAGIURI S, COLAGIURI R  
Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus.  
Cochrane Database of Systematic Reviews (en ligne). 2009.  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005268.pub2/abstract>  
Consulté le 5 février 2019
25. NORRIS S, ENGELGAU M, VENKAT NARAYAN KM  
Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes: A systematic review of randomized controlled trials.  
Diabetes Care. 1 mars 2001;24(3):561-587.
26. ESPACE REGIONAL d'EDUCATION THERAPEUTIQUE  
Rapport Evaluation quadriennale ETP Programme d'ETP Diabète type 2 et obésité  
Coordonnateur du rapport ARMAND A, 10 Juillet 2016
27. ESPACE REGIONAL d'EDUCATION THERAPEUTIQUE  
EVALUATION QUADRIENNALE 2016  
Coordonnateur de l'évaluation ARMAND A, 2016
28. GIORDAN A  
Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent.  
Médecine des Maladies Métaboliques. mai 2010;4(3):305-311
29. TRENTO M, PASSERA P, BORGO E, TOMALINO M, BAJARDI M, CAVALLO F, PORTA M  
A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed...  
Diabetes Care 2004 Mar; 27(3): 670-675 (en ligne)  
<http://care.diabetesjournals.org/content/27/3/670.long>  
(Consulté le 5 février 2019)
30. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, VINCENT I, LOAEC A, FOURNIER C  
Modèles et pratiques en éducation du patient : apport internationaux  
Dossier séminaire 5emes Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009.  
Saint-Denis : INPES, coll. Séminaires, 2010 : 172 pages  
(en ligne) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>  
(Consulté le 29 janvier 2019)
31. ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE  
Rapport de JAFFIOL C, CORVOL P, REACH G, BASDEVANT A, BERTIN E, au nom de la commission XI, : L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine (en ligne)  
[http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-A9-10-XII-13-3\\_.pdf](http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-A9-10-XII-13-3_.pdf)  
(Consulté le 6 février 2019)

32. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
Article L1161-1. Code de la santé publique
33. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
Article L6321-1. Code de la santé publique
34. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET LA VIE ASSOCIATIVE  
Plan 2007 2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chronique (en ligne)  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf)  
Consulté le 6 février 2019
35. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS  
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, Rapport annuel du comité de suivi 2008, Mai 2009 (En ligne)  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_annuel\\_du\\_comite\\_de\\_suivi\\_2008\\_Maladies\\_chroniques.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_du_comite_de_suivi_2008_Maladies_chroniques.pdf)  
(Consulté le 6 Février 2019)
36. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS  
Rapport JACQUAT D: Education thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne 2010 (en ligne):  
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000364.pdf>
37. ROGERS C  
Caractéristiques de l'approche centrée sur la personne, revue francophone de l'approche centrée sur la personne (en ligne)  
<http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>  
Consulté le 23 avril 2018
38. La Société Francophone du Diabète  
Le Livre Blanc du diabète de la Société Francophone du Diabète (en ligne ) :  
<https://www.federationdesdiabetiques.org/information/recherche-innovations-diabete/actualites/Le-Livre-Blanc-du-diabete-de-la-Societe-Francophone-du-Diabete>  
Consulté le 13 février 2018
39. HAUTE AUTORITE DE SANTE  
Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, Recommandations juin 2007 (en ligne)  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)  
Consulté le 6 février 2018
40. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE  
L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3eme génération 2006-2011. 2007(en ligne)  
[http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/SROS\\_ETP.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/SROS_ETP.pdf)
41. D'IVERNOIS JF, GAGNAYRE R  
Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique, 5eme édition. Maloigne, 2016.
42. POMEY M-P, FLORA L, KARAZIVAN P, DUMEZ V, LEBEL P, VANIER M-C, et al.  
Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique. 2015;S1(HS):41.
43. UNIVERSITE DE CAEN  
2018-Séminaire Maladies chroniques

ABATE, ARMAND, DE JAEGHER, HUET

44. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, GAUTIER.A  
Baromètre santé médecins généralistes 2009  
Saint-Denis: INPES éd.; 2011.

## ANNEXES

- 1 ENTRETIEN N°1 : Femme de plus de 50 ans, en secteur urbain, en cabinet de groupe. Elle  
2 n'a pas de formation continue à l'ETP et a une implication universitaire.  
3
- 4 • I : Bonjour, merci de me recevoir. Donc, je fais ma thèse sur le patient diabétique de  
5 type 2 et la prise en charge avec l'ERET. Est-ce que tu en envoies beaucoup à ..., à  
6 cette association-là ?
  - 7 • M : Très rarement.
  - 8 • I : D'accord. Et quels types de patients tu envoies ?
  - 9 • M : Des patients qui ont besoin d'un soutien .... dans la prise en charge notamment  
10 diététique, dans la mise en place de, de traitement donc de diabète, et de, et d'une  
11 hygiène de vie.
  - 12 • I : Oui, donc plus pour les patients qui ne sont pas trop observants, avec les règles  
13 hygiéno diététiques.
  - 14 • M : Oui c'est ça (hochement de tête).
  - 15 • I : Tu ne le proposes pas d'une manière systématique ?
  - 16 • M : Non
  - 17 • I : D'accord. Est -ce que pour toi, ça a un intérêt de les envoyer à l'ERET ?
  - 18 • M : Oui, oui, oui. Des patients qui ne sont pas compliants, oui, ça leur permet d'avoir  
19 une ligne de conduite pour voir effectivement, avoir euh .... une aide euh ..., une aide  
20 externe pour euh ..., pour la prise en charge notamment diététique ... de leur diabète.
  - 21 • I : D'accord.
  - 22 • M : Diététique et puis de leur hygiène de vie physique.
  - 23 • I : Hum hum (acquiescement). Est-ce que tu utilises leur passage à l'ERET dans les  
24 consultations quand tu les revois ?
  - 25 • M : Je lis le compte-rendu.
  - 26 • I : D'accord. Et...
  - 27 • M : Et, on peut, on peut rebondir d'ailleurs dessus, avec le patient.
  - 28 • I : D'accord.
  - 29 • M : Hum (acquiescement).
  - 30 • I : Et on parlant justement, des ... des comptes rendus. Est-ce que tu trouves que ...  
31 que le lien entre le médecin traitant et l'ERET est ... est bien fait ? (Pause) Les comptes  
32 rendus qu'ils vous envoient ...
  - 33 • M : Oui, oui, oui, ils sont bien faits.
  - 34 • I : Oui.
  - 35 • M : Oui, il y a une bonne approche, oui.
  - 36 • I : D'accord. OK. (Pause). Donc, d'une manière générale, tu ... tu es plutôt satisfaite,  
37 tu le vois d'une manière plutôt positive, vu ce que tu viens de me dire.... Euh... pour  
38 toi, c'est une aide ou pas ?
  - 39 • M : Oui, c'est une aide oui. Oui.
  - 40 • I : D'accord. Alors pourquoi le prescriis-tu que rarement, comme tu disais ?
  - 41 • M : C'est une aide, qui ne peut pas s'adresser à tous les patients, parce qu'il faut qu'ils  
42 aient le temps d'y aller, d'abord.
  - 43 • I : Oui.
  - 44 • M : Et le souhait d'y aller, la volonté d'y aller. Et ça c'est tout autre chose... (ton ironique,  
45 et sourire).
  - 46 • I : Oui.
  - 47 • M : On est rarement diabétique de type 2, par hasard... (sourire).
  - 48 • I : C'est sûr. D'accord. Est-ce que tu as l'impression que le..., que le patient a une  
49 meilleure compréhension de sa maladie ?
  - 50 • M : Je pense que le fait de..., d'aller dans un organisme qui ..., qui va regrouper les  
51 patients du même type, oui, ça le fait prendre conscience.
  - 52 • I : D'accord. Prendre conscience de quoi ?
  - 53 • M : Qu'il n'est pas seul, et qu'il peut se faire aider.

- 54 • I : D'accord, donc ça... ça joue sur le cheminement, sur l'acceptation de sa maladie,  
55 alors ?
- 56 • M : Hum (acquiescement), sur l'acceptation, tout à fait, et sur la prise de conscience.
- 57 • I : D'accord. D'accord. Oui, la prise de conscience qu'il n'y a pas que le traitement ...
- 58 • M : ... que le traitement médical
- 59 • I : Voilà
- 60 • M : Et qu'il n'est pas tout seul, et que ... il y a des personnes, qui sont là, pour l'aider.  
61 (joue avec ses lunettes)
- 62 • I : D'accord. Donc, il y a aussi au niveau psychique que ça..., que ça influe.
- 63 • M : Oui, parce que souvent, ... tu changes leur mode de vie.... Et quand tu as des  
64 habitudes ancrées depuis des, des années, voire des décennies, ...
- 65 • I : Hum hum
- 66 • M : C'est parfois difficile d'en faire le deuil.
- 67 • I : Oui, c'est sûr que ce n'est pas évident.
- 68 • M : De prendre son gâteau sucré, et cetera.
- 69 • I : Hum. Est ce qu'il y a une meilleure observance au traitement, euh ..., et  
70 médicamenteux, et non médicamenteux, suite à l'ERET ?
- 71 • M : (réflexion), Théoriquement, il devrait, mais ce n'est pas toujours le cas.
- 72 • I : Hum hum. C'est à dire ?
- 73 • M : Je ne peux pas donner des pourcentages. J'en sais rien.
- 74 • I : D'accord.
- 75 • M : Mais tu as des patients qui vont vite comprendre et accepter, d'autres qui seront  
76 .... difficilement dans l'observance.
- 77 • I : D'accord. Oui, donc toi, tu as quand même des cas, pour qui ça change rien, d'après  
78 toi ?
- 79 • M : Oui. Oui, oui, oui (hochement de tête).
- 80 • I : D'accord. D'accord. Tu en as environ combien de patients qui y vont à l'ERET, tu  
81 sais ?
- 82 • M : Je ne sais pas du tout.
- 83 • I : D'accord.
- 84 • M : Je ne sais pas ... je n'en sais rien. Comme ça de tête.
- 85 • I : Juste un ordre d'idée.
- 86 • M : Peut-être une dizaine en tout, qui sont passés par l'ERET.
- 87 • I : D'accord. Et, est-ce qu'ils ont une diminution des complications, que ce soit aiguës,  
88 ou chroniques ?
- 89 • M : (Soupir).
- 90 • I : Est-ce qu'ils ont moins d'hypoglycémies, ou moins d'hospitalisations, ...
- 91 • M : Peut-être une meilleure régulation de ... de leur taux d'HbA1C.
- 92 • I : Hum hum.
- 93 • M : Après les aspects des complications, non. On peut le souhaiter s'ils... s'ils sont  
94 mieux équilibrés, mais je ne suis pas ... je ne peux pas te donner de... (pause)
- 95 • I : D'accord. Et justement, par rapport à l'hémoglobine glyquée, est-ce ... est-ce que tu  
96 vois une différence ou pas ?
- 97 • M : Oui, oui, oui. Au début, oui. Entre le moment du diagnostic personnalisé et le ...,  
98 oui, oui, oui. Il y a une amélioration au moins au début.
- 99 • I : D'accord ok. Et par rapport aux patients qui ne sont pas à l'ERET, est-ce que tu vois  
100 euh..., une différence entre les hémoglobines glyquées ?
- 101 • M : (Soupir).
- 102 • I : Euh ... Ben non, toi, tu ne peux pas les comparer, parce que tu dis que ce ne sont  
103 pas ... pas les mêmes personnes que tu envoies, ou que tu n'envoies pas ? (Pause)  
104 Tu ne le proposes pas de manière systématique ?

- 105 • M : Non. Y'a des patients, que ce n'est même pas la peine de le proposer. Parce qu'ils  
106 ont déjà une vie ... euh, une vie trépidante, et qu'ils vont pas .... Je vois pas où ils  
107 iraient caser l'ERET dans tout ça.
- 108 • I : Oui c'est sûr que pour certains actifs, ça peut être difficile.
- 109 • M : Le gars qui, qui... qui est commercial, qui commence le matin à 7h et qui finit le soir  
110 tard, tu vas pas l'envoyer le samedi à l'ERET.
- 111 • I : Oui.
- 112 • M : Et l'ERET n'est pas ouvert d'ailleurs.
- 113 • I : Non.
- 114 • M : Ni pendant ses vacances.
- 115 • I : Et est-ce qu'ils ont des attentes différentes les patients, une fois qu'ils ont été euh...  
116 à l'ERET ?
- 117 • M : Des attentes différentes, je sais pas.
- 118 • I : (Pause), ok. Est-ce que tu as remarqué que chez certains euh..., certains patients,  
119 l'ERET a un effet plutôt néfaste, qu'ils sont en fait plus anxieux de connaître plus leur  
120 maladie, suite à l'ERET ?
- 121 • M : Non.
- 122 • I : Non, d'accord. C'est toujours globalement positif...
- 123 • M : Ce n'est pas anxiogène.
- 124 • I : D'accord. D'accord. (pause). Par rapport, plus à la pratique des consultations, euh...  
125 est-ce que pour toi, tu trouves que ... que c'est intéressant euh... d'avoir cet outil là  
126 pour euh... t'aider ou pour toi c'est, c'est neutre ?
- 127 • M : Oui, oui. Non, je pense que c'est important d'avoir euh..., cet outil, comme dans les  
128 prises en charge des obésités d'ailleurs hein.
- 129 • I : Hum hum (acquiescement).
- 130 • M : C'est à peu près les mêmes ... ça fait partie du panel des aides que l'on peut mettre  
131 en place quoi.
- 132 • I : Et au niveau du temps de la consultation, est-ce tu gères ça différemment ? Est-ce  
133 que les consultations sont ... plus longues... moins longues ?
- 134 • M : Ça dépend.
- 135 • I : Ça dépend...
- 136 • M : Hum. (acquiescement et pause).
- 137 • I : De quoi ?
- 138 • M : Effectivement, s'il faut faire le débriefing complet, ça peut prendre du temps.  
139 Globalement, on va à deux ou trois points essentiels.
- 140 • I : D'accord. Et quels points ?
- 141 • M : Qui ont été, qui ont été soulignés par l'ERET, si tu veux, ça peut être le manque  
142 d'activité physique, ou euh... une mauvaise hygiène alimentaire, ou...
- 143 • I : Oui.... Oui, tu te ressers du compte rendu pour voir les...
- 144 • M : ...Voilà.
- 145 • I : Les points à insister.
- 146 • M : (Acquiescement). Sur lesquels il faut insister.
- 147 • I : Et tu refais une petite piqure de rappel.
- 148 • M : Je ne refais pas une messe, oui. (sourire)
- 149 • I : D'accord. D'accord. Est-ce que les patients ont plus de questions sur leur traitement  
150 ou sur leur maladie ?
- 151 • M : Non (hochement de tête).
- 152 • I : Non ...
- 153 • M : Non. Du moins, ils ne me les posent pas (sourire).
- 154 • I : Oui, d'accord. Donc, par rapport à l'hémoglobine glyquée, comme on disait tout à  
155 l'heure, y'a quand même un effet positif, en tout cas au début ?
- 156 • M : Hum (acquiescement).
- 157 • I : Et est- ce que au long terme, cet effet il est ... il est stable ou pas ?

- 158 • M : Ça dépend (ton agacé)
- 159 • I : Ça dépend. (Pause), ok. Et, justement, t'en penses quoi, toi, de l'hémoglobine
- 160 glyquée, avec les ROSP, et cetera ? Est-ce que tu crois que c'est un bon marqueur ?
- 161 • M : Moi je crois que c'est un bon marqueur, parce que ça permet quand même... c'est
- 162 gratifiant quand même pour le patient de se dire "et ben voilà, j'étais à huit, huit et demi,
- 163 je suis arrivé à sept et demi ... c'est que j'ai fait des efforts, c'est que c'est beaucoup
- 164 mieux, c'est que j'aurai moins de complications."
- 165 • I : D'accord.
- 166 • M : Oui, moi je crois que c'est bien.
- 167 • I : D'accord, donc toi, tu t'en sers pour euh ...
- 168 • M : ... La carotte.
- 169 • I : Pour leur motivation, voilà.
- 170 • M : C'est une bonne carotte.
- 171 • I : D'accord.
- 172 • M : Et puis, c'est parlant pour eux.
- 173 • I : Hum.
- 174 • M : C'est parlant et c'est tous les trois mois, donc ça oblige à avoir euh..., on leur
- 175 explique bien que c'est quand même le reflet de toutes les glycémies. S'ils font la fête
- 176 pendant deux mois et demi ... que ça sera pas bon, donc ça les oblige quand même à
- 177 avoir un regard euh... bien antérieur à la biologie.
- 178 • I : Hum. Oui, plus que la glycémie à jeun.
- 179 • M : Exactement.
- 180 • I : D'accord. OK, d'accord. Donc, oui, tu disais, que les patients n'avaient pas plus de
- 181 questions, pas plus de... pas plus d'attentes, euh...
- 182 • M : Non.
- 183 • I : Non. Ils ont pas, voilà ... ils ont pas un changement de comportement ?
- 184 • M : Non.
- 185 • I : Ils ne deviennent pas, comme on appelle maintenant, le "patient expert", qui veut
- 186 tout savoir...
- 187 • M : ...Pas avec moi, non (sourire).
- 188 • I : D'accord.
- 189 • M : Sinon, il vient s'asseoir là (montre son siège) et ... (sourire)
- 190 • I : (Sourire), donc pour toi, il n'y a pas de changement dans la relation médecin malade
- 191 ?
- 192 • M : Non, si ce n'est que, ben, il prend ... nous on est comme des notaires, on est là
- 193 pour leur donner un diagnostic, pour leur apprendre à gérer une maladie, c'est à eux
- 194 de la gérer.
- 195 • I : Oui.
- 196 • M : Et on n'est pas ..., on ne va pas le faire à leur place.
- 197 • I : Oui c'est sûr. Il faut donc, mettre le patient actif euh
- 198 • M : Voilà.
- 199 • I : D'accord.
- 200 • M : De prendre ses responsabilités. Que ce soit le diabète, que ce soit l'alcool, que ce
- 201 soit le tabac, que ce soit l'obésité ou...
- 202 • I : Hum hum (acquiescement).
- 203 • M : Quel que soit la pathologie.
- 204 • I : Oui.
- 205 • M : Hum (acquiescement).
- 206 • I : Oui donc s'il prend pas le rôle d'expert, est-ce qu'il respecte tout le temps le médecin
- 207 ?
- 208 • M : Oui, oui.
- 209 • I : D'accord. Donc, pour toi, il n'y a pas de notion de patient expert, ou de cothérapeute
- 210 qui se dégage ?

- 211 • M : (Hochement de tête pour dire non).
- 212 • I : C'est juste que le patient devient actif dans ..., plus actif, on va dire, dans sa prise
- 213 en charge.
- 214 • M : Oui.
- 215 • I : D'accord. Et est-ce que, maintenant, que tu en as envoyé quelques-uns à l'ERET,
- 216 est-ce que tu ... est-ce que tu en enverrais plus ? (Silence de 3 sec). Ou pour toi, ça
- 217 se limite aux patients types que tu as déjà envoyés ?
- 218 • M : Je peux en envoyer plus, encore faut-il que le patient soit d'accord, c'est la première
- 219 chose ...
- 220 • I : Oui.
- 221 • M : Et puis, ben que ce soit conciliable. D'abord, qu'il en est le temps, c'est ça oui.
- 222 • I : D'accord.
- 223 • M : (Pause). Tu sais, enfin..., je ... je ne sais pas si tu dois enregistrer mais...
- 224 • I : Oui
- 225 • M : Mais, on a quand même pas mal de recul, par rapport à tous les réseaux, le réseau
- 226 diabète, qui s'est monté bien avant, tu vois. Et, on ... on est forcé de constater qu'au
- 227 bout de vingt, vingt-cinq ans, trente ans de médecine, ...
- 228 • I : Hum hum
- 229 • M : Que tout ça, ça tombe à l'eau, hein. L'histoire des politiques, des injections de
- 230 finance, qui sont données. Des, des, des... soutiens financiers de... de l'ARS, ou de ...
- 231 parfois, tu as la région qui intervient.
- 232 • I : Oui.
- 233 • M : Et il faut utiliser ces fonds-là, point barre.
- 234 • I : Hum. Hum. Oui, parce qu'il y a .... d'autres ... d'autres... Il y avait d'autres
- 235 associations qui existaient et qui n'existent plus ?
- 236 • M : Qui n'ont pas été pérennisées.
- 237 • I : D'accord.
- 238 • M : Et qui ne fonctionnaient pas si mal
- 239 • I : Hum.
- 240 • M : Donc nous on voit .... Donc, si tu veux, je ne suis pas... Je suis jeune, enfin, non je
- 241 ne suis plus jeune contrairement à toi, et on en voit passer comme ça des assoc, tu
- 242 vois. Au début on se démène, parce qu'on est jeune, parce qu'on y croit... Maintenant,
- 243 euh... c'est plutôt "wait and see".
- 244 • I : D'accord.
- 245 • M : OK, d'accord, vous avez des sous. Très bien. Profitez-en, et après on verra. Je ne
- 246 sais pas à qui les sous profiteront, mais après c'est autre chose.
- 247 • I : Oui
- 248 • M : Oui. Après si les patients ont un suivi là-bas, et que du jour au lendemain il n'y a
- 249 plus rien, c'est pas ... Et ça avec le réseau, le réseau diabète et obésité, moi j'ai adressé
- 250 vraiment beaucoup de patients, avec des bons résultats. Et du jour au lendemain, tout
- 251 s'est arrêté.
- 252 • I : D'accord. Et c'est pas l'ERET obésité qui a repris la place direct en fait ?
- 253 • M : Pas de la même façon.
- 254 • I : D'accord.
- 255 • M : Et les patients n'ont pas suivi.
- 256 • I : D'accord.
- 257 • M : Oui il y a eu quand même une rupture de méthode.
- 258 • I : D'accord. Ok.
- 259 • M : Tu sais quand on vieillit, on devient ..., on devient ... on regarde les choses
- 260 différemment.
- 261 • I : Hum hum. Oui, c'est sûr, il faut voir le court terme, mais il y a aussi le long terme.
- 262 • M : Qui finance ?
- 263 • I : Ben c'est une association, avec un financement mixte de l'ARS, RSI, MSA je crois.

- 264 • M : Ok, on verra.... Donc, c'est pour ça, tu vois, tous ces réseaux, tu vois c'est bien  
265 gentil, mais je me mets à la place des gens, ils sont diabétiques, ils sont obèses, ils  
266 veulent pouvoir faire confiance à l'organisme, s'ils décident de s'y investir. (Pause)
- 267 • I : Et justement, si les patients sont diabétiques et obèses, tu les adresses pour les  
268 deux, ou tu privilégies le diabète de type 2 ?
- 269 • M : Ça dépend. Ça dépend. Apprendre à utiliser leur corps, à marcher, à mieux bouffer.  
270 L'un va avec l'autre.
- 271 • I : Oui c'est sûr. C'est sûr que tout est lié. Mais tu ne les inscris pas directement dans  
272 les deux programmes ?
- 273 • M : Non, je ne vais pas leur faire peur.
- 274 • I : Et quand c'est comme ça, tu privilégies le diabète ou l'obésité ?
- 275 • M : Le diabète, le diabète parce que ça commence par là. Il faut d'abord prévenir les  
276 risques et les complications, et après le reste suivra.
- 277 • I : Oui, c'est ça.
- 278 • M : Enfin, à mon avis, hein. C'est ce que j'en pense. C'est ce que j'en pense. Voilà  
279 (geste vers l'avant et tape dans ses mains)
- 280 • I : Merci en tout cas, pour cet entretien.

- 1 ENTRETIEN N°2 : Homme entre 35 et 50 ans, installé en secteur rural, dans un pôle de santé.  
2 Il a une formation en ETP et une implication universitaire.  
3
- 4 • I : Bonjour, merci de me recevoir. Donc, je fais ma thèse sur le diabète de type 2 et sur  
5 l'ERET. Juste par curiosité ça fait longtemps que vous exercez ici ?
  - 6 • M : Alors euh..., je suis installé ici depuis 2007 et là dans le pôle depuis 2012
  - 7 • I : D'accord. Et quand vous envoyez les ... les gens à l'ERET vous faites partie de  
8 quelle antenne, vous ?
  - 9 • M : Euh .... Antenne A
  - 10 • I : Antenne A, d'accord parce que je me demandais parce que c'était un peu la charnière  
11 entre ...
  - 12 • M : Hum (acquiescement)
  - 13 • I : Je savais pas si ça dépendait plus du pays de l'antenne B, ou ... d'accord Antenne  
14 A.
  - 15 • M : Non alors jus... justement euh ... en fait, euh... nous on avait euh ... on, on avait  
16 dans l'idée donc on s'était rapproché de l'ERET de... de Caen
  - 17 • I : Hum hum (acquiescement)
  - 18 • M : Pour pouvoir monter une antenne ici, à Ville C
  - 19 • I : D'accord
  - 20 • M : Et puis euh ...et puis en fait, euh... comme on était plus proche de l'antenne A, euh  
21 ... mécaniquement, enfin euh...
  - 22 • I : D'accord
  - 23 • M : On a, on a basculé sur... sur l'antenne A.
  - 24 • I : D'accord. Et depuis combien de temps vous envoyez vos patients euh, sur, sur  
25 l'ERET ?
  - 26 • M : Ben ça fait depuis qu'on est dans les locaux donc depuis 2012, à peu près.
  - 27 • I : D'accord. D'accord. Vous avez une grosse euh... une grosse partie de votre  
28 patientèle que vous envoyez à l'ERET ou pas ?
  - 29 • M : Ça s'effrite au fil du temps.
  - 30 • I : D'accord.
  - 31 • M : ...Ça s'est beaucoup effrité.
  - 32 • I : D'accord.
  - 33 • M : Là quand on a réussi à monter euh... le euh... le, le projet ici, euh, la première  
34 année on a eu une trentaine de personnes ...
  - 35 • I : Hum (acquiescement)
  - 36 • M : Euh, et puis, euh, et puis au fil du temps ça s'est complètement délité
  - 37 • I : D'accord. Et à chaque fois c'était que pour le diabète ou c'était euh ...pour l'obésité,  
38 pour euh... ?
  - 39 • M : Ouais, diabète obésité et pathologie cardiovasculaire.
  - 40 • I : D'accord.
  - 41 • M : Voilà.
  - 42 • I : Pour les trois ...
  - 43 • M : Ouais.
  - 44 • I : D'accord.
  - 45 • M : Tout à fait.
  - 46 • I : Ok. Vous avez quand même des patients qui continuent à... à y aller ou pas ?
  - 47 • M : Très peu.
  - 48 • I : Très peu ...d'accord. (pause d'1 sec). Et c'était quoi les motifs de vos patients pour  
49 avoir arrêté euh ...
  - 50 • M : Et bah, En, en fait il y a le problème de la prise en charge.
  - 51 • I : Hum (acquiescement)
  - 52 • M : Notamment de l'activité physique.
  - 53 • I : D'accord ouais.

- 54 • M : Et puis. Et puis le problème de motivation parce qu'en fait euh... les groupes  
55 s'étiolent au ... au fil du temps et euh..., et l'effet finalement d'en... d'entraînement se  
56 perd euh...
- 57 • I : Hum. (acquiescement). (Pause). D'accord
- 58 • M : Et ce qui, ce qui pose, ce qui pose souci ...Alors là d'ailleurs je suis, on est en train  
59 de travailler sur un projet de PSLA sur ... sur Antenne B.
- 60 • I : D'accord.
- 61 • M : Avec dans l'idée de, de refaire une structure ERET sur ville B... Donc je vais bientôt  
62 me...bientôt appeler Mme X pour... pour savoir un peu si, ...
- 63 • I : D'accord.
- 64 • M : ...Si on peut travailler ensemble.
- 65 • I : Hum (acquiescement)
- 66 • M : Sachant qu'on a pas mal de gens diplômés là en éducation thérapeutique donc  
67 euh...
- 68 • I : Dans votre, dans le pôle ici là ?
- 69 • M : Ouais.
- 70 • I : D'accord, vous avez ...
- 71 • M : Il y a X ma collègue.
- 72 • I : Oui.
- 73 • M : Mon associée.
- 74 • I : Oui.
- 75 • M : Il y a ... Y, euh ... qui est infirmier.
- 76 • I : D'accord.
- 77 • M : La podologue, la psychologue. sont ...
- 78 • I : Ah oui, donc oui il y a un bon panel ...
- 79 • M : Ouais.
- 80 • I : D'accord. Ok. (pause de 2 sec). Est-ce que, euh ..., vous avez une patientèle type à  
81 qui vous demandez d'aller à ... enfin... À qui vous parlez de l'ERET, ou vous parlez de  
82 ça à tous... tous vos patients diabétiques ?
- 83 • M : Non..., on en parle euh ... voilà aux patients diabétiques, (pause 1 sec), pathologies  
84 cardiovasculaires, non, enfin oui...Tout, tout type, euh ... tout type confondu, et puis  
85 euh ...Voilà des gens qui sont en, qui sont en obésité, avec un IMC... supérieur à 35,  
86 euh voilà, et puis on a quand même pas mal de gens, qui sont en demande de... de  
87 chirurgie bariatrique.
- 88 • I : Hum. (acquiescement)
- 89 • M : Donc euh..., donc voilà ... ces gens-là, naturellement, ... ils basculent vers euh ...
- 90 • I : Hum (acquiescement). Donc moi, je me suis plus spécialisée sur le diabète. Donc  
91 vous envoyez euh ... n'importe quel diabétique, ou vous envoyez .... seulement ceux  
92 qu'ont un souci au niveau de l'observance ou... ?
- 93 • M : Ben, en ... en fait, idéalement, il faudrait... il faudrait envoyer, euh.... je pense une  
94 majorité de... de diabétiques, de manière à ce que ...y'ait ...il y ait vraiment un.. euh...  
95 que ça fasse un peu tâche d'huile, et ... enfin, on a bien vu sur euh ... enfin l'expérience,  
96 nous qu'on a eu ici. Le fait d'avoir un groupe euh ... mu, multiple, et en tout cas différent,  
97 avec des gens qui étaient bien équilibrés, d'autres pas équilibrés. Finalement, c'est...  
98 ils avaient une, une émulation qui, qui allait, euh... qui allait dans le bon sens.
- 99 • I : D'accord. (Pause). Oui, donc pour vous, tout ... tout type de diabétique euh ... a un  
100 intérêt à aller à l'ERET ?
- 101 • M : Oui.
- 102 • I : D'accord.
- 103 • M : Ils ont un, un intérêt de toute façon à avoir une éducation thérapeutique...
- 104 • I : Ouais. (acquiescement)
- 105 • M : Parce qu'à un moment, à un moment ou à un autre, euh, les choses peuvent euh  
106 peuvent changer.

- 107 • I : Hum (acquiescement) Oui c'est sûr. Est-ce que vous avez tendance à prescrire plus
- 108 euh ... d'ERET, depuis ... depuis vos premiers retours ou pas spécialement ?
- 109 • M : Non, pas spé... pas spécialement, et je dirais qu'on en prescrit de moins en moins.
- 110 • I : Oui (acquiescement).
- 111 • M : Malheureusement.
- 112 • I : Hum (acquiescement).
- 113 • M : Y'a ... y'a vraiment un phénomène ... euh ... finalement de d'épu .... enfin, c'est
- 114 pas d'épuisement, mais ... un peu de délitement nous aussi, parce que euh .....parce
- 115 que ben, finalement... on est on est un peu rattrapé par euh ... par tout un tas de
- 116 choses, ...
- 117 • I : Hum (acquiescement).
- 118 • M : ... Et ...et ce qui, ce qui manque, ..... moi je, je reste persuadé, c'est le manque de
- 119 relais, ... c'est à dire, qu'à un moment donné, euh ..., je pense que si, si on veut mener
- 120 une bonne act.... enfin une bonne action de .... de prévention.
- 121 • I : Oui...
- 122 • M : Quelque, quel que soit le ... le mode, il faut qu'on ait des relais euh, extérieurs au
- 123 médecin.
- 124 • I : Hum hum (acquiescement).
- 125 • M : Le relai via l'infirmier, le relai via euh pourquoi pas le labo, (énumération avec ses
- 126 mains) lorsqu'il envoie les ... les comptes rendus de biologie, le relai de la pharmacie.
- 127 Et à un moment, parce que ... parce qu'à un moment donné, ben oui, tous les projets
- 128 euh ... s'étiolent, parce que, ben voilà, on a, on a tellement de... de, de paramètres en
- 129 fait en termes de prévention que l'on peut mettre en ... en, en œuvre, que ... c'est
- 130 difficile de maintenir le cap.
- 131 • I : Ouais.
- 132 • M : Alors là par exemple, euh ... le fait de répondre à ... à un questionnaire comme le
- 133 vôtre, hop, ça remet, ça remet, ça relance... (jeu avec les mains).
- 134 • I : Hum hum.
- 135 • M : ... un petit peu le système ...mais voilà, ça va durer 3 mois, ...
- 136 • I : Hum, oui.
- 137 • M : 4 mois, et puis après, pfff, ça replonge. (jeu avec les mains) Et c'est bien là, le ... la
- 138 difficulté.
- 139 • I : Hum hum, oui c'est sûr qu'il n'y a pas que cette partie-là. S'il faut, s'il faut faire ça
- 140 pour toutes les pathologies et pour tout type de patient, c'est vrai que ...
- 141 • M : Ouais, c'est, c'est ça. C'est à dire que là ça amène un focus, mais euh ... le, le...
- 142 Je pense, je pense que ... ce qui est important, et c'est pour ça que sur le projet de
- 143 soins, là avec ville B, on va ... le fait d'être beaucoup plus nombreux, d'avoir une
- 144 dynamique qui euh ..., qui fait ... (pause).
- 145 • I : Une dynamique de groupe ...
- 146 • M : Oui voilà, une dynamique de groupe, là je, je pense qu'il y a vraiment, euh ..., on
- 147 aura un effet d'auto entraînement plus, plus important.
- 148 • I : Hum. Donc vous, vous dites que ..., pour vous c'est important que l'ERET fasse
- 149 aussi euh ... un relai par rapport ... à votre message, pour vos, pour les patients. Pour
- 150 vous, c'est... c'est avoir plusieurs intervenants, c'est ça qui peut être utile au ... au
- 151 patient ?
- 152 • M : Hum hum (acquiescement).
- 153 • I : D'accord.
- 154 • M : Hum hum (acquiescement).
- 155 • I : Pourquoi pour vous c'est, c'est important ce relai ?
- 156 • M : Parce ... parce que si on veut, euh .... si on veut faire adhérer les, les gens à ... ce
- 157 que ...(Pause). In fine, c'est euh ... qu'est-ce que l'on veut pour les patients ? c'est quoi
- 158 ... c'est quoi le ... le but de l'ERET ou d'une autre ..., d'une, d'une structure équivalente.
- 159 C'est que les, les gens finalement prennent en charge leur, leur santé, c'est à dire qu'ils

- 160 ne soient plus simplement consommateurs de, de médicaments, ou de, de  
 161 prescriptions (jeu avec les mains) mais qu'ils soient aussi acteurs et qu'ils prennent  
 162 conscience que, euh leur, leur santé, euh ... dépend complètement de leur attitude.
- 163 • I : Hum.
  - 164 • M : Et de leur, de leur relation à l'alimentation, à l'activité physique, et à l'environnement  
 165 qui les entoure.
  - 166 • I : Oui c'est sûr.
  - 167 • M : Et donc si euh ..... le .... l'intérêt euh ... d'a ... d'avoir ce type d'association, c'est  
 168 de ... c'est justement de ... de faire adhérer les gens à ce ... à ce type de choses...
  - 169 • I : D'accord. Et justement pour vous, le ... une fois que les patients ont été à l'ERET,  
 170 est-ce qu'ils comprennent mieux ces choses-là ?
  - 171 • M : Oui ils le comprennent mieux, mais le, le souci, c'est que ... je vois, je vois par  
 172 exemple les gens qu'ont été dans le programme...
  - 173 • I : Oui.
  - 174 • M : Ils, ils l'oublient pas, mais ... mais, y'a un manque de ... de suivi.
  - 175 • I : D'accord.
  - 176 • M : C'est à dire que ...euh, on n'est pas aujourd'hui en mesure de proposer euh ...  
 177 quelque chose qui, qui dure dans le temps.
  - 178 • I : .... dans le temps, .... D'accord.
  - 179 • M : Et euh ... par exemple, nous, nous ici, on avait mis donc euh, en place avec X,  
 180 donc y'avait un éducateur spécialisé, qui, qui s'était beaucoup investi, et euh ... ils ont  
 181 monté parallèlement à ça, un club de marche nordique.
  - 182 • I : D'accord.
  - 183 • M : Voilà, euh ... donc y'a eu l'activité ERET et puis l'activité marche nordique, et  
 184 certains de, de l'ERET sont allés après dans le club de marche nordique.
  - 185 • I : D'accord.
  - 186 • M : Et, ... donc ça, ben là c'était une vraie victoire, ça veut dire que, du coup, les, les  
 187 gens enfin ... les les patients ont pris en main leur ... leur problématique et l'ont  
 188 transformée en ....., euh ... dans, dans une inscription, dans une activité physique.
  - 189 • I : Ouais. Là, ils changent leurs habitudes...
  - 190 • M : Voilà exactement, et là, on ... et là, là pour du coup, on a, on a gagné quelque  
 191 chose, mais, mais ça reste trop marginal.
  - 192 • I : Hum (acquiescement) D'accord. Est ce qu'ils... ils acceptent mieux leur ... leur  
 193 maladie chronique ?
  - 194 • M : ... Oui, ... oui ben déjà ils prennent conscience qu'ils ont une pathologie chronique.
  - 195 • I : Oui.
  - 196 • M : Et c'est toujours, c'est toujours le, le même, la même problématique finalement vis  
 197 à vis des patients qui ont une pathologie. C'est que ... euh ... on, on, on arrive  
 198 finalement à... à agréger et à faire adhérer des gens qui n'en n'ont pas euh ... un besoin  
 199 impérieux.
  - 200 • I : Hum hum (acquiescement). (Silence). Oui...
  - 201 • M : Euh ... parce que, parce que eux ils sont déjà dans une démarche un peu  
 202 dynamique etttt, et le, le problème c'est de, de faire adhérer tous, (geste d'englobement  
 203 avec les mains) toutes, enfin les personnes qui sont border line, ou qui, qu'ont  
 204 complètement lâché l'affaire.
  - 205 • I : Hum hum. (acquiescement)
  - 206 • M : C'est, c'est eux surtout qu'il faut attraper.
  - 207 • I : Quel, ...Pour vous, l'ERET ça, ça aide quand même à les attraper ou... ?
  - 208 • M : Alors, ça ça aide mais, mais voilà, on est, on est encore une fois euh ... euh ...  
 209 dans la problématique de l'émulation professionnelle. Je pense que, il y a, il y a la  
 210 problématique du patient, et il y a aussi la problématique professionnelle.
  - 211 • I : Et quand vous dites problématique professionnelle, c'est à dire ... qu'il n'y a pas  
 212 assez de liens ?

- 213 • M : Oui... (buste vers l'avant), ça manque de liens, ça manque d'entraînements, ça  
214 manque de ... euh... exactement comme la, la ... le questionnement vis à vis des  
215 thèses.
- 216 • I : Hum.
- 217 • M : C'est à dire que, culturellement, on n'est pas, on n'est pas assez baigné là-dedans.  
218 On est trop baigné dans le ... dans l'idée de la prescription et ... et pas assez justement  
219 dans l'idée de la prévention.
- 220 • I : D'accord. (pause de 2 sec). Donc pour vous, ils, ils prennent quand même  
221 conscience de l'importance euh ... de la prise en charge non thérapeutique, enfin non  
222 médicamenteuse avec euh ... avec ce programme-là ?
- 223 • M : Oui, oui. (hochement de tête). Ah bah oui, oui, oui. Là clairement, c'est, c'est une  
224 réelle avancée et ça va, ben ça va dans le bon sens, en fait.
- 225 • I : Est-ce qu'ils adhèrent plus au parcours de soins ?
- 226 • M : (Silence et grimace) Non, moi je, je... je ne crois pas parce que ... c'est pareil quand  
227 on, quand on met le focus dessus, ... en effet, ils sont très, très basés sur le focus,  
228 mais une fois que, une fois que, qu'on a enlevé, ce .. euh... ce lien, et bien c'est difficile  
229 de transformer, en fait, dans sa vie quotidienne.
- 230 • I : Oui, oui c'est sûr...
- 231 • M : Parce que, faut ... faut pas oublier, quand, quand même qu'on s'adresse à une euh  
232 ... à une patientèle qui, qui a déjà, qui a déjà un vécu. Je dirais, c'est pas, euh, ... c'est  
233 pas comme le ... comme le gamin qui est diabétique, qui va aller dans des camps de  
234 ...de vacances, qui va aller... euh, où là il y a vraiment, euh, ... son diabète va être  
235 ancré en lui.
- 236 • I : Hum
- 237 • M : Là on est sur des patients qu'ont déjà un vécu, ...qu'ont déjà souvent laissé aller  
238 certaines choses, euh, qui sont déjà dans une vie active, dans une vie euh, voilà. Et là,  
239 c'est, c'est là que c'est difficile de, de modifier leur comportement vis à vis de la  
240 maladie...
- 241 • I : Et justement, quand vous parlez de vie active, euh ... est-ce que pour les personnes  
242 qu'ont un ..... un travail à temps plein, par exemple, est-ce que c'est un des ... critères  
243 pour refuser l'ERET, le fait que .... qu'ils disent ne pas avoir le temps, ... est-ce que  
244 pour vous ça c'est un problème ou pas ?
- 245 • M : Non, après euh, tout dépend euh... tout dépend ce que l'on est en mesure de, de  
246 proposer. Alors c'est vrai que, par exemple, les activités de sport qui sont en, en pleine  
247 journée, euh, ben oui ces gens-là, ils ne peuvent pas y aller, donc c'est pas possible.
- 248 • I : Mais il y a quand même des gens actifs qui vont à l'ERET ?
- 249 • M : Il y a quand même des gens actifs, oui, qui vont à l'ERET, oui. (Hochement de tête)
- 250 • I : D'accord. d'accord. Est-ce que vous avez l'impression que ça joue aussi au niveau  
251 psychique chez le patient ?
- 252 • M : (Pause et balancement de tête). C'est, c'est difficile à dire, mais, mais c'est vrai que  
253 la, la prise de conscience euh... l'aide aussi dans, dans l'acceptation de certaines  
254 choses et dans la, dans la... prise en main aussi de, de sa situation clinique.
- 255 • I : D'accord, d'accord. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a moins, qu'il y a moins  
256 de complications ?
- 257 • M : C'est ... c'est, là c'est difficile à dire, parce qu'il faudrait un suivi long terme.
- 258 • I : Hum hum (acquiescement).
- 259 • M : Pour euh ....
- 260 • I : Même des complications aiguës, comme les hypoglycémies ou les choses comme  
261 ça ?
- 262 • M : (Silence), je dois dire j'ai.... j'ai pas beaucoup de recul là-dessus, parce que  
263 finalement euh ... même les complications aiguës d'hypoglycémies, on les voit pas  
264 nécessairement.
- 265 • I : D'accord, d'accord.

- 266 • M : Ben, vous voyez dans...
- 267 • I : Oui, oui.
- 268 • M : Dans la pratique quotidienne, euh ..... déjà parce parce que les gens viennent
- 269 rarement avec leur carnet de glycémies (sourire)
- 270 • I : Oui.
- 271 • M : ... en consultation euh ... ils relatent rarement aussi euh ... euh, ces, ces accidents-
- 272 là, et, et donc euh... ça passe un petit peu à la trappe.
- 273 • I : Hum, justement, quand vous dites qu'il parle pas ...souvent de, de ces choses-là en
- 274 consultation, est-ce que le fait d'aller à l'ERET, vous trouvez qu'au niveau de la
- 275 communication ça, ça change et qu'il aborde justement des ..., ben des problèmes qu'il
- 276 abordait pas avant ?
- 277 • M : Non, (hochement de tête) parce que je ... j'ai, j'ai l'impression que le fait que lui
- 278 euh... appréhende un peu mieux les choses, il est en mesure de les ...
- 279 • I : D'accord.
- 280 • M : .... de, de faire des autocontrôles.
- 281 • I : D'accord.
- 282 • M : ...sur, euh, sur les situations.
- 283 • I : Hum hum. Est-ce que pour vos patients, eux, ils sont satisfaits, euh ... d'un point de
- 284 vue, on va dire, plus clinique euh..., de leur passage à l'ERET ? Est-ce qu'ils voient une
- 285 amélioration euh ... clinique ?
- 286 • M : Oui, parce qu'il y a une meilleure compréhension quand même, euh ... et du
- 287 traitement, et de l'impact de l'activité physique, et de l'impact aussi euh ... de, de
- 288 l'alimentation euh...
- 289 • I : D'accord.
- 290 • M : Donc oui, ils sont, ils sont quand même plus... plus moteurs en fait, dans leur prise
- 291 en charge ...
- 292 • I : Hum hum. Oui ils sont plus actifs.... D'accord. Est ce qu'il y a une notion de ... "patient
- 293 expert" qui se met en place, comme on ... on le lit de plus en plus ? Est-ce que le
- 294 patient change son rôle dans la consultation ?
- 295 • M : Moi, j'ai pas, j'ai pas assez de... j'ai pas assez de recul par rapport à ça. (Buste en
- 296 arrière)
- 297 • I : D'accord.
- 298 • M : Mais euh, mais ça, ce serait, ce serait bien. Je pense que ma collègue qui a fait,
- 299 qui a animé pas mal d'ateliers euh.... elle, elle a, elle a eu un peu cette impression-là.
- 300 Ce qui était, ce qui était intéressant d'ailleurs, puisque, euh... du coup au, au sein de
- 301 l'atelier, euh les les patients prennent un peu la pareille, c'est, c'est justement ce qui
- 302 est ...(pause)
- 303 • I : Hum hum ... Ouais, c'est intéressant de voir que leur façon de voir les choses a
- 304 changé, oui.
- 305 • M : (Acquiescement) Oui oui oui.
- 306 • I : D'accord. (silence) Pour vous, ils ont pas d'attentes différentes comme euh..., une
- 307 fois qu'ils ont été à l'ERET ?
- 308 • M : (Pause et grimace). Non. Non non. Après eux, ils seraient dans l'attente d'une
- 309 ...de... d'autres choses, d'un suivi...
- 310 • I : D'accord. Ils seraient demandeurs d'avoir plus euh...
- 311 • M : Oui, mais euh... c'est... mais c'est pareil en fait, c'est un petit peu biaisé parce que
- 312 ces, ces personnes-là sont déjà des, des gens un petit peu pro actifs. Mais c'est vrai
- 313 qu'ils ont, ils ont eu l'impression que pendant, pendant un an ou deux, on les a pris en
- 314 charge et puis après pfff, terminé... (geste de la main)
- 315 • I : D'accord.
- 316 • M : ...Il se passe plus rien.
- 317 • I : D'accord, ils seraient demandeurs d'avoir des ... des piqûres de rappel.

- 318 • M : Voilà, voilà c'est ça. C'est vrai que c'est un petit peu, c'est un petit peu frustrant  
319 mais, mais en même temps, quand on organise des réunions publiques, euh... ils  
320 viennent pas nécessairement, donc euh ... Enfin vous voyez...
- 321 • I : Oui.
- 322 • M : C'est un petit peu tout, toute l'ambiguïté finalement entre le "j'aimerais bien" mais  
323 "finalement, si ça me ... si ça me coûte sur mon temps personnel ou si ça me coûte un  
324 peu d'argent, ben non, je ne vais pas forcément y aller ..."
- 325 • I : Hum hum (acquiescement). Est-ce que vous avez remarqué que ça a des effets euh  
326 ... néfastes chez certains patients ? Comme un effet anxiogène ou autre... ?
- 327 • M : Oh non, du tout (hochement de tête pour dire non).
- 328 • I : Non ?
- 329 • M : Non du tout.
- 330 • I : D'accord.
- 331 • M : Alors là, c'est pas ..... oh non au contraire, non non. Au contraire, c'est plutôt  
332 euh...quelque chose de ... de, de valorisant, et c'est pas... ils ont changé leur regard  
333 c'est à dire, la maladie qui était euh... qui finalement euh vivait un petit peu comme à  
334 côté d'eux, comme un ... comme un poids, euh ..., du coup, ils se, ils se l'ont appropriée  
335 et euh ... finalement elle fait un peu partie de leur schéma corporel.
- 336 • I : D'accord (pause). D'accord. Et quand vous dites que c'est valorisant, c'est valorisant  
337 pour eux ou pour vous ?
- 338 • M : Oh ben, les deux.
- 339 • I : Les deux...
- 340 • M : Ben les deux, les deux. Je pense que, c'est, c'est pareil, mais tout dépend après,  
341 euh ... Quel, euh ... comment on se situe par rapport à la, à la prise en charge de ses  
342 patients, mais, euh ... Si finalement, euh, l'objectif du médecin, c'est le bien être du  
343 patient, euh ...on ... on est, ben je veux dire on est pleinement, pleinement satisfait,
- 344 • I : Hum.
- 345 • M : Et ce qui est intéressant, moi je trouve, euh ... du coup en tant que praticien, c'est  
346 euh... que, ... qu'ils aient une information par un, par un autre biais, et qu'ils deviennent  
347 justement compétents par, par un autre biais que... par notre propre euh ...
- 348 • I : Oui, et en fait c'est ça, pour vous c'est important, d'avoir plusieurs euh intervenants  
349 pour leur expliquer d'une manière différente les choses...
- 350 • M : Voilà.
- 351 • I : D'accord.
- 352 • M : Parce que c'est vrai que, quand par exemple, ils ont vu la podologue, euh, qui, ...  
353 qui leur a expliqué tout un tas de chose par rapport à leur pied, par rapport euh... voilà  
354 à leur ressenti, par rapport à la surveillance, ben moi je trouve ça... c'est, c'est  
355 valorisant.
- 356 • I : Hum hum.
- 357 • M : On se dit, que ben voilà, là on a fait un ..... on, on a fait un bon boulot et ça, ça  
358 nous a .... euh..... mais, mais, voilà encore une fois, comme nous on a été euh, on a  
359 été biberonné depuis notre, notre enfance de, de médecin à, à justement cette, cette  
360 idée que tout passait par la prescription, tout passait par euh ... le, le rôle omnipotent  
361 du, du médecin...
- 362 • I : Hum hum.
- 363 • M : Ben voilà, on a peu confiance dans les autres et peu confiance dans la délégation  
364 des tâches.
- 365 • I : Oui, pour vous, oui c'est ça, ce qui est intéressant c'est de faire un travail d'équipe...
- 366 • M : Hum.
- 367 • I : Et de changer la relation médecin malade ?
- 368 • M : EXACTEMENT (avancée du buste vers l'avant)
- 369 • I : D'accord.

- 370 • M : Et d'élargir le champ du, du patient, parce que lui, il est euh..., il est toujours, enfin.  
371 Finalement notre, notre parole est, notre parole elle, elle est quand même.....  
372 euh...elle a un poids énorme sur le patient. Enfin, nous on se rend compte au travers  
373 de ..., ben après c'est peut-être notre, notre façon d'exercer qui, qui fait ça, mais euh  
374 ... c'est un peu dommage, parce que si on leur raconte des, des, des bobards quelque  
375 part, ils sont capables de le...
- 376 • I : Oui.
- 377 • M : De, de le prendre, donc c'est, c'est un peu dangereux, et je trouve que le fait d'avoir  
378 d'autres canaux de distribution de paroles, d'attitudes, de...euh ... ben ça c'est quand  
379 même euh .... ça c'est très riche et c'est très important pour nous.
- 380 • I : Et justement, est-ce que pour vous, le patient cherche euh... à multiplier les  
381 intervenants pour avoir euh... ben justement comme vous dites, pour avoir euh une  
382 mise en... enfin, est-ce que... ils ont une mise en doute de votre parole, ou est-ce qu'au  
383 contraire ça, ça les rassure de voir qu'ils ont la même ...
- 384 • M : ...Non
- 385 • I : Le même dialogue ?
- 386 • M : Non, non ils ont pas de mise en doute, mais, mais en effet euh.... et là, là je pense  
387 que nous, nous (main sur le torse) en, en tant qu'acteur de santé, il faut qu'on prenne  
388 la mesure des choses et et, les patients ils sont en pleine, euh ... ils sont en recherche  
389 justement de ...d'information. Euh, y'a, y'a pas une journée, où les patients ne nous ont  
390 pas dit, euh ... "je suis allé voir sur internet"
- 391 • I : Hum.
- 392 • M : Donc, moi je leur dis, au contraire, allez sur internet, c'est plutôt intéressant, mais  
393 le... la problématique, c'est quels sites vous allez aller voir et quel site va être réellement  
394 informatif.
- 395 • I : Oui.
- 396 • M : Quels sites vous apportent une bonne information et quels sites vous apportent de  
397 la désinformation ?
- 398 • I : Hum hum.
- 399 • M : Et ça, c'est un vrai, ça par contre c'est un vrai, un vrai souci.
- 400 • I : Hum hum, donc pour vous l'ERET ça, ça sert de relai d'information...
- 401 • M : ...ça... Voilà, c'est un relai d'information.
- 402 • I : D'accord, d'accord. Donc pour vous, ce, ce qui est vraiment important c'est de sortir  
403 de la relation unique médecin malade en fait ...
- 404 • M : Hum (acquiescement et hochement de tête).
- 405 • I : D'accord. (Pause) Est-ce...
- 406 • M : ...Hum...
- 407 • I : ...Oui allez-y !
- 408 • M : Ouais, d'au ... d'autant plus que euh....., si, si on était très bon, euh..... ben ... je  
409 dirais que la relation médecin patient suffit.
- 410 • I : Oui.
- 411 • M : Je préfère la relation médecin patient que la relation médecin malade.
- 412 • I : Oui.
- 413 • M : (Sourire), finalement ... Quand on dit malade, déjà on met une connotation euh...
- 414 • I : C'est vrai.
- 415 • M : Euh ... d'em... d'emblée dessus, alors que, quelqu'un qui est diabétique ou  
416 quelqu'un qui obèse, il n'est pas malade, ....
- 417 • I : Hum hum.
- 418 • M : Il, il a simplement unnnnnn unnnn..., une problématique euh... une problématique  
419 de santé, mais, mais il est pas malade en tant que tel et... euh ..., et et justement déjà,  
420 rien que ça dans, dans notre vocabulaire, c'est, c'est, ça amène déjà un aspect  
421 péjoratif.
- 422 • I : C'est vrai.

- 423 • M : Du coup, j'ai perdu le fil...(sourire)
- 424 • I : (rires)
- 425 • M : (rires), ... de ce que, de ce que je voulais dire... Euh... Je ne me souviens plus de
- 426 la question.
- 427 • I : On parlait de la relation unique euh ...Pour vous, c'était ça qui était d'important,
- 428 c'était de sortir de cette relation, parce que vous disiez que vous n'étiez pas... vous
- 429 disiez que si vous étiez juste bons entre la relation médecin patient...
- 430 • M : ...Oui. Oui voilà, c'est à dire que si on avait des résultats en matière de prévention
- 431 et en matière de résultats de ... de prise en charge, qui soient, qui soient excellents, je
- 432 dirai qu'il faut, faut rien changer.
- 433 • I : Hum hum.
- 434 • M : Mais c'est vraiment pas le cas, c'est à dire que euh ... en, en effet, on peut peut-
- 435 être se targuer d'avoir un bon système de santé, d'avoir une bonne prise en charge du
- 436 patient, on pourrait faire tellement, tellement mieux.
- 437 • I : Oui.
- 438 • M : Avec, avec pas grand-chose.
- 439 • I : C'est sûr.
- 440 • M : Euh ...
- 441 • I : Pour vous, c'est vraiment une aide euh ..., ben pour faire les, les... voilà, pour mettre
- 442 de nouveau un, un système de prévention, que l'on ne fait pas spécialement bien lors
- 443 de la consultation.
- 444 • M : Voilà, ouais. Ouais, ouais. (hochement de tête)
- 445 • I : Et pour vous si on ne fait pas bien ce phénomène de de prévention, c'est ...c'est quoi
- 446 les freins ?
- 447 • M : Et ben, euh... pour moi les freins, euh... y'a quand même beaucoup de.... beaucoup
- 448 de manques de formation des médecins.
- 449 • I : D'accord.
- 450 • M : On, on est allé avec X ma collègue, on, on, on participe à une, une opération sur
- 451 euh, le soin centré patient, sur le dépistage du cancer colo rectal.
- 452 • I : D'accord.
- 453 • M : Et, euh...de, depuis cette formation, on a complètement changé notre focus par
- 454 rapport à ce, à ce dépistage, tant est si bien, que ..., que, on... Comme on a
- 455 complètement bouleversé notre, notre regard par rapport à ça, on a euh... une, une
- 456 pénétration finalement dans le dépistage, qui est, qui est beaucoup plus importante,
- 457 mais sur ce, sur cette thématique là, mais aussi sur d'autres thématiques. Donc en fait,
- 458 y'a vraiment un effet d'entraînement, mais ça, ça ne peut se faire qu'à partir du moment,
- 459 où déjà le médecin est convaincu.
- 460 • I : Oui.
- 461 • M : Et, et en plus, euh.... quand il a reçu euh, enfin, je pense que l'aspect euh...  
462 formation euh... un petit peu, euh, émulation sur, sur ce type de choses, euh....., voilà  
463 amène un champ de ... et de connaissances, et de persuasion aussi vis à vis des gens.  
464 Moi je me suis rendu compte, de, de, de cette façon-là, on, on a, on a tous des a priori,  
465 et, et euh..., on, on, ... moi je me disais, ben par exemple sur le cancer colorectal, y'a  
466 des patients qui sont tellement, euh ... pardonnez-moi l'expression, (sourire) tellement  
467 ras du bonnet que, euh, ... on va pas réussir à les ... à, à les, à les agréger pour aller  
468 à ça.
- 469 • I : Hum hum.
- 470 • M : Et en fait, c'est bel et bien un a priori de médecin, ...
- 471 • I : Hum.
- 472 • M : Parce que, quand on, on...on se le met de façon systématique, et ben euh...les  
473 gens, ben, ils adhèrent et ils le font et.... Donc c'est bel et bien nous,
- 474 • I : Oui...
- 475 • M : ...Qui avec notre propre ressenti qui, qui avons biaisé le ...

- 476 • I : Oui et qui, qui... Oui, on fait des faux freins finalement...
- 477 • M : Exactement !
- 478 • I : D'accord.
- 479 • M : Donc le frein il est dans l'information, dans l'éducation du médecin, et je vois bien,
- 480 par exe, au, au travers des internes. Les internes, quand on leur, ...quand on, quand
- 481 on leur inculque ça, ben, l'hémocult, ça rentre dans ..., finalement dans la check list de
- 482 tout patient entre... sur une ...
- 483 • I : D'accord.
- 484 • M : Donc, donc l'ERET, c'est c'est un petit peu la même chose. Le, le problème, c'est
- 485 comment euh ..., comment on peut euh..., réussir sur euh..., finalement tout un champ
- 486 énorme de ..., de, de prévention euh, à inclure l'ensemble des secteurs...
- 487 • I : Hum... et à le faire au long cours...
- 488 • M : Et à le faire au long cours. ça, ça c'est un vrai euh, c'est un vrai sujet et c'est un
- 489 vrai euh... c'est, c'est une vraie source de travail. C'est comment on peut le faire de la
- 490 même façon que l'on prend la tension, euh comment on peut se mettre, mettre le,
- 491 mettre son focus là.
- 492 • I : Oui c'est sûr. Et est-ce que pour vous le, le, le temps imparti d'une consultation est
- 493 en défaveur aussi de cette prévention ?
- 494 • M : Et ben, euh... alors ça, c'est un argument que l'on nous sert à chaque fois. Et, et,
- 495 c'est pas vrai. En fait, c'est pas vrai, parce que euh..., dans la consultation, on, on la,
- 496 on la déroule comme on veut la consultation.
- 497 • I : Voilà.
- 498 • M : Et euh... là, là par exemple, ici, on a quand même une grosse activité de
- 499 consultations. euh...le temps est compté, et néanmoins on peut y mettre ce qu'on veut
- 500 dans la consultation.
- 501 • I : D'accord. Pour vous, ce n'est pas un frein...
- 502 • M : C'est pas un frein. L'avantage en plus de la consultation de pathologie chronique,
- 503 euh... c'est que ... on, on n'est pas obligé de tout faire dans la même consultation.
- 504 Voilà, on n'est pas obligé de, de dérouler finalement le, le catalogue de la surveillance
- 505 du diabétique. On peut, on peut mettre le focus sur euh, sur certains, sur certains
- 506 aspects. Mais, mais, c'est plutôt comment euh... quelle, euh, finalement, quelle
- 507 thématique j'aborde à chaque fois sur ... sur ..... là-dessus. Mais, on voit bien que, si
- 508 justement on faisait l'effort initial, de... de mettre en place les choses, ce serait du temps
- 509 de gagné pour la consultation.
- 510 • I : Oui.
- 511 • M : Parce que euh... je, je reviens sur le pied diabétique, si euh, si vous avez évoqué
- 512 le, la problématique du pied, que vous avez envoyé votre patient euh..., se faire
- 513 éduquer chez la podologue et qu'il revient. Après le problème du pied il n'est plus un
- 514 problème. Vous avez juste à euh... à, ... justement c'est ce que vous disiez tout à
- 515 l'heure, l'idée du patient expert ou du patient averti, euh... c'est "comment vont vos
- 516 pieds ?" "ils vont bien" "ok" !
- 517 • I : Hum hum.
- 518 • M : Euh... Basta, onnnnn, on passe à autre chose et puis on, on voit quand est -ce qu'il
- 519 a eu son doppler. C'est à dire que nous, on se réapproprie euh la, la technique, euh...
- 520 unique qui est de savoir quand est-ce qu'il a eu un doppler artériel ? Est-ce qu'il a....
- 521 est-ce qu'il a son antiagrégant parce qu'il est diabétique et qu'il est hypertendu et euh...
- 522 voilà, est-ce qu'il a d'autres facteurs de risque ? Ben, vous voyez c'est... Et du coup,
- 523 euh... le temps qu'on a perdu initialement, c'est du temps qu'on, qu'on gagne par la
- 524 suite.
- 525 • I : Hum hum, donc pour vous la gestion du temps, elle est différente une fois qu'ils sont
- 526 passés euh, à l'ERET...
- 527 • M : Ben euh.. une fois que, une fois que les patients sont compétents, bien sûr que la
- 528 gestion du temps est ... est différente.

- 529 • I : D'accord.
- 530 • M : Mais c'est ... c'est vrai finalement pour toutes les pathologies chroniques. C'est vrai
- 531 aussi dans le cancer, c'est vrai aussi dans le ... euh...
- 532 • I : Oui.
- 533 • M : Et c'est vrai dans le dépistage. A partir du moment où vous avez éduqué les gens
- 534 à, à se dépister et, et à se, et à se prendre en mains... par exemple pour les
- 535 vaccinations, si les, les vaccinations anti tétaniques, si, si vous avez habitué les gens
- 536 à poser la question à ceci cela, ben ils viendront après avec leur carnet de vaccination,
- 537 en vous disant je ne suis plus à jour...
- 538 • I : Hum.
- 539 • M : Vous voyez... c'est... ça, ...ça vient de la même chose. Pour le cancer colo rectal,
- 540 ça veut dire ben avant nous on attendait qu'ils aient leurs feuilles de ... de Mathilde
- 541 ou...
- 542 • I : Hum hum.
- 543 • M : De, de ... d'un autre, d'un autre organisme, euh... et en fait c'est complètement,
- 544 c'est, c'est inutile. Il faut, il faut devancer la chose parce que sinon comme tout le monde
- 545 ben vous recevez les papiers et vous le mettez directement à la poubelle.
- 546 • I : Hum hum.
- 547 • M : Sans trop vous poser de questions...
- 548 • I : Oui c'est sûr. Est-ce que vous vous servez des comptes rendus que l'ERET vous
- 549 envoie pour ... enfin, pour vous aider pour vos consultations ?
- 550 • M : Très peu.
- 551 • I : D'accord.
- 552 • M : Très peu, parce que finalement c'est noyé dans le flot du...
- 553 • I : Pour vous, c'est juste parce que voilà, c'est noyé dans le flot de toutes les
- 554 informations que vous avez ou c'est parce que vous trouvez qu'elles ne sont pas utiles
- 555 ?
- 556 • M : (mouvement de la tête) C'est, c'est difficile de répondre à cette, à cette question.
- 557 Je pense, je pense que justement, euh... ce qui manque c'est du lien.
- 558 • I : D'accord.
- 559 • M : Et c'est du lien, parce que euh... parce qu'un moment donné, nos... les acteurs ne
- 560 sont pas euh ... euh..... ne sont plus en phase. Donc, ça arrive un petit peu comme ça
- 561 alors qu'on avait oublié que le patient était, était en suivi ...
- 562 • I : Oui.
- 563 • M : Et, et du coup, voilà, ça se, ça se noie dans le flot de, dans le flot d'informations
- 564 • I : D'accord, donc pour vous, il faudrait renforcer le lien entre le ... le médecin et l'ERET
- 565 ?
- 566 • M : Clairement oui. (Hochement de tête)
- 567 • I : Oui, d'accord.
- 568 • M : Clairement oui. Ou en tout cas avec l'équipe, c'est à dire que, moi je reste persuadé
- 569 que si on veut que ça marche il faut être pluridisciplinaire, il faut être transversal, voilà.
- 570 Il faut que l'infirmier soit impliqué, il faut que ... voilà, la podologue soit, soit impliquée,
- 571 de même que le médecin, que le retour d'information se fasse et via le patient et via le,
- 572 ...et via les autres acteurs de soins.
- 573 • I : D'accord. Et vous vous envisageriez quoi pour améliorer ce lien justement ?
- 574 • M : (Pause). Et ben peut être de, euh... c'est pareil de ... de rendre le, le patient
- 575 euh...acteur de ... de son truc. Peut-être que le, l'information elle doit passer par le
- 576 patient.
- 577 • I : D'accord (Pause). Que l'ERET lui donne euh ..
- 578 • M : ...Lui donne le compte rendu...
- 579 • I : Voilà avec un message...

- 580 • M : ... Et que, et que lui, lui fasse, fasse son propre compte rendu. Ça serait peut-être  
581 euh, ce serait peut-être mieux en termes de communication parce que ça oblige le  
582 patient à, à rester acteur de la, de la chose.
- 583 • I : Hum hum.
- 584 • M : Et justement, on passe pas par le ... Parce que là, quand vous recevez un courrier,  
585 en fait vous le lisez en diagonale, pff, (mouvement du bras) ça va au scan, et puis euh...  
586 vous le relisez ou vous le relisez pas quand le patient revient en consultation, c'est  
587 exactement ce qui se passe.
- 588 • I : Hum hum.
- 589 • M : C'est un petit peu comme ... c'est là, la même chose euh, alors après ben, c'est,  
590 c'est des questions de pri, de priorité.
- 591 • I : Oui.
- 592 • M : C'est à dire que le patient qui est hypertendu qui a vu le cardiologue, ou qui est  
593 coronarien et qui a vu le cardiologue. Vous allez lire le compte rendu du cardiologue.  
594 par contre s'il a vu le rhumato, alors que c'est pas son problème euh... c'est pas son  
595 problème du jour, vous allez pas forcément relire le courrier du rhumato. Et l'ERET,  
596 c'est un petit peu la même chose. C'est à dire que, certes il est diabétique, mais qu'est-  
597 ce qu'on va regarder ? On va regarder sa dernière hémoglobine glyquée, on va  
598 regarder le dernier compte rendu du cardiologue justement, et puis, et puis voilà.  
599 L'ERET va passer ... alors que si lui, le patient il arrive avec son courrier, on va être  
600 obligé de le lire avec lui, ...
- 601 • I : Hum hum.
- 602 • M : Donc euh... Vous voyez c'est une autre, c'est une autre démarche.
- 603 • I : Et puis que lui spontanément, vienne aussi avec le courrier, ça le met, ça le met  
604 acteur.
- 605 • M : Ouais exactement, (hochement de tête), et dans le..., je dirais dans la  
606 pluridisciplinarité l'intérêt c'est que les autres acteurs soient aussi des, des vecteurs de  
607 rappel.
- 608 • I : Oui.
- 609 • M : De la même façon que euh, quand on suit une plaie avec un infirmier, euh voilà soit  
610 ils nous envoient une photo, soit ils nous envoient un petit message en nous disant "la  
611 plaie c'est mieux", "la plaie c'est pas mieux". Et, là, là ça pourrait être exactement la  
612 même chose.
- 613 • I : Hum.
- 614 • M : C'est à dire que, euh, ben on pourrait très bien avoir un compte rendu informel sur,  
615 sur les différents temps en fait de, de progression au sein de, au sein de l'ERET.
- 616 • I : Hum. Pour vous, ce qui est important, c'est de ne pas "squeezer" le patient en fait,  
617 entre ..., pour avoir les rapports entre l'ERET et le médecin.
- 618 • M : Oui.
- 619 • I : C'est l'inclure dans ...
- 620 • M : Oui.
- 621 • I : D'accord. (Pause). En parlant de l'hémoglobine glyquée justement, est ce que euh...  
622 est-ce que vous voyez une différence, en termes de chiffre, sur l'hémoglobine glyquée  
623 de vos patients ?
- 624 • M : (Pause et grimace) Je, je ne pense pas.
- 625 • I : D'accord.
- 626 • M : Je, je ne pense pas parce que euh.... je dirai que eux, ils vont avoir le focus au  
627 moment où ils sont euh, où ils sont pris en charge, mais après euh, ça change pas.  
628 C'est à dire que, le ..., si, si ils sont bien équilibrés, ils vont rester relativement bien  
629 équilibrés. Et après, les gens qui sont très déséquilibrés, ben c'est eux qu'on a du mal  
630 à...
- 631 • I : Oui.

- 632 • M : A inclure dans ces ... Donc, euh, donc non je ne suis pas sûr que ça change, que  
633 ça change beaucoup en termes de chiffres.
- 634 • I : D'accord.
- 635 • M : Ça va changer en termes de qualité de vie, en termes de ... de prévention  
636 secondaire, mais pas en... peut-être pas sur les chiffres de l'hémoglobine glyquée.
- 637 • I : D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez, justement, de ce marqueur ... pour le  
638 diabète, ...(silence) l'hémoglobine glyquée ?
- 639 • M : Pff (silence et grands yeux). Alors, c'est ... ben ça reste un marqueur. C'est à dire,  
640 que pour moi, ça fait partie d'un, ... d'un, d'un ensemble. C'est à dire que euh...  
641 Prioriser l'inférieur à 7% me semble moins important, euh, que de prioriser l'activité  
642 physique par exemple.
- 643 • I : D'accord.
- 644 • M : Ou, ou le fait de faire attention à l'alimentation. Donc à la limite, moi je préfère un  
645 patient qui a 8 et puis qui, qui va faire 3 heures d'activité physique par semaine.
- 646 • I : Hum.
- 647 • M : Don c'est, euh..., pour moi l'indicateur chiffré ne reste qu'un indicateur.
- 648 • I : Et est-ce que pour vous, ça a un effet euh délétère pour le patient ce chiffre justement  
649 ?
- 650 • M : Non, je crois pas parce que, ..., il le comprend pas nécessairement.
- 651 • I : D'accord.
- 652 • M : Donc euh ...parce que c'est compliqué à, à modéliser. Autant un chiffre de glycémie,  
653 on le modélise bien, autant une hémoglobine glyquée euh ...
- 654 • I : D'accord.
- 655 • M : Pour, pour intégrer finalement, le ... A part le fait qu'il faut que ce soit inférieur à 7,  
656 je pense que le patient, il a du mal à le ...
- 657 • I : Hum. Et par rapport aux ROSP avec les 3 hémoglobines glyquées, vous en pensez  
658 quoi ?
- 659 • M : Oui, ben ça, c'est, enfin, c'est de la foutaise.
- 660 • I : Hum, c'est à dire ?
- 661 • M : Ça n'a aucun intérêt. C'est à dire, c'est à dire que c'est, c'est justement... on utilise  
662 des vieilles, enfin les mêmes vieilles recettes. C'est à dire que, on va mettre les gens  
663 dans des cases. Et c'est bel et bien en mettant les gens dans des cases que l'on  
664 n'avance pas.
- 665 • I : Hum.
- 666 • M : Donc, c'est obsolète. (Sourire)
- 667 • I : D'accord. (Pause). Et donc ça, vous essayez d'en parler avec vos patients, ou vous  
668 faites quand même leur hémoglobine glyquée sans en tenir compte ?
- 669 • M : Ben oui, moi... De toute façon, on est... on est un petit peu obligé de leur faire leur  
670 hémoglobine glyquée, parce que ça reste un, un marqueur, euh, .... un marqueur  
671 comme un autre. Mais euh, mais voilà, mais en tout cas, c'est pas l'alpha et l'oméga  
672 de la prise en charge.
- 673 • I : Hum.
- 674 • M : Mais par contre on est bien obligé d'avoir des marqueurs et néanmoins pour eux  
675 aussi d'avoir des marqueurs chiffrés, ...c'est un petit peu comme les notes à l'école.  
676 C'est, c'est ridicule, mais en même temps, euh on attend tous des notes.
- 677 • I : Hum.
- 678 • M : Donc, donc voilà. On est un petit peu, on est un peu schizophrène par rapport à ça.  
679 Euh ... justement, nous, en tant que médecins, soyons un peu plus, un peu plus fins  
680 dans la, dans la prise en charge et ayons une vision beaucoup plus, ....enfin, euh plus  
681 générale, plus globale que le, que le simple marqueur.
- 682 • I : Et donc, pour vous, est-ce que ce système-là, avec la consultation à 25€, et le  
683 paiement à l'acte, sans compter l'éducation thérapeutique, est-ce que vous pensez que  
684 ça, c'est un bon système, pour justement, pour continuer l'éducation thérapeutique ?

- 685 • M : Euh.... (pause). Je vais, je vais être un peu redondant, mais, on, on n'a pas été  
686 habitué à faire de l'éducation thérapeutique. ça, ça fait pas partie de notre, de notre  
687 modèle de, de consultation. Donc, finalement, euh, tout dépend encore une fois de  
688 comment on ..., quel regard, nous, en tant que médecin, on porte sur la santé. Et  
689 comment et quels types de patients on a envie d'avoir. Alors, vous, vous avez peut-  
690 être pas encore une grande expérience, mais, vous verrez quand vous allez, quand  
691 vous allez remplacer, vous aurez, euh, la patientèle qui correspond au, au praticien.
- 692 • I : Hum hum (acquiescement).
- 693 • M : Et, et vous, quand vous avez, quand vous avez vos propres patients, euh, ... ils  
694 sont exactement à votre image, et avec euh, avec des, les mêmes exigences, les  
695 mêmes euh ...Donc après, est-ce qu'on veut des patients responsables, ou est-ce qu'on  
696 veut des patients, euh..., un petit peu infantilisés. C'est à dire que, avant la toute-  
697 puissance du médecin, c'était euh, ... de, de dire, "ben moi je suis le sachant, euh, je  
698 vais vous faire une délivrance. Vous allez vous y conformer et c'est comme ça". Et euh,  
699 et en fait, ça produit pas des bons effets, force est de constater. Donc, par contre, euh,  
700 le fait de, de rendre le patient totalement acteur, et euh, le fait de faire choisir sa, sa  
701 thérapeutique et son, son mode, son mode de vie, euh, vous le, vous le rendez  
702 responsable par rapport à ça. Voilà, donc le fait de le responsabiliser, ça lui donne, euh,  
703 une, une, une nouvelle conception par rapport à, par rapport à sa santé. Voilà. Et ça  
704 c'est, c'est vrai, pour finalement, pour touteeee, toute la thérapeutique. Donc, c'est vrai  
705 qu'en termes de ... euh..., de prise en charge pour le, pour le diabète. Si euh, le temps  
706 que l'on passe à bavarder avec le patient, à lui, à lui transmettre de l'information, c'est  
707 de l'éducation thérapeutique.
- 708 • I : Hum.
- 709 • M : Et du ... et c'est du bon sens. Voilà.
- 710 • I : Oui, donc pour vous, c'est la ... Euh, c'est ... arrêter cette relation paternaliste du  
711 médecin traitant, quoi ?
- 712 • M : Oui, c'est ça.
- 713 • I : Hum. D'accord. Et pour vous, l'éducation thérapeutique aide à ce changement-là  
714 dans, dans la relation médecin malade ?
- 715 • M : Ah oui, complètement. (hochement de tête). Complètement, parce que euh... ben  
716 ... c'est, c'est, c'est surprenant, en fait, parce que comme le patient, il est pas forcément  
717 euh... Il, il est, encore une fois, un petit peu à l'image du médecin, donc, si le, si le  
718 médecin est très paternaliste. Le patient il va être, il va être un peu infantilisé par rapport  
719 à ça. Donc, euh... Et, et finalement, il est, il est... Moi je trouve, qu'il est moins, qu'il est  
720 moins acteur euh, ..., de, de sa santé, de sa prise en charge alimentaire, de ...Et il va  
721 avoir une conduite euh... un petit peu, enfin, ouais, qui va, qui va pas être adaptée. Et,  
722 il va être beaucoup dans la demande. C'est à dire, puisque, de toute façon, euh... à  
723 chaque fois qu'il demande, on répond par de la prescription. Donc euh, donc vous  
724 voyez, on, on est euh... on est un petit peu euh..... Ouais, ça n'a pas, ça n'a pas de  
725 sens. Alors que si on le rend responsable. Il va pas être dans la demande de  
726 médicament. Il va être dans la demande de conseils. Et euh, ce que je dis, et ce qui a  
727 fait sourire la déléguée à l'assurance maladie, la dernière fois, c'est que, par exemple,  
728 une, une jeune maman, qui nous amène son enfant pour euh... parce qu'il a une  
729 rhinopharyngite, parce qu'il a de la fièvre. Elle, elle ne sait pas que c'est pas grave.  
730 Elle, elle voit juste son gamin qui mange plus, qui est pas bien, qui a, qui a de la fièvre.  
731 Et nous, on n'est pas là pour euh, pour lui délivrer des antibiotiques. On est là pour lui  
732 amener un, un conseil d'expert. C'est à dire que nous, euh, on a, on a cette euh... ce  
733 savoir qui nous permet d'avoir une expertise. Et quand on donne du doliprane, on n'a  
734 pas, on n'a pas rien fait.
- 735 • I : Hum.
- 736 • M : On a, on a donné des conseils. On a donné des conseils de bon sens, on a rassuré  
737 la maman. Et ça, c'est un vrai, euh, c'est un vrai boulot. Et, je sais pas si ça vaut 25€,

- 738 si ça vaut plus, si ça vaut moins. C'est pas, parce qu'on a prescrit que du doliprane, et  
739 du sérum physiologique à mettre dans le nez, que pour autant, on a été un mauvais  
740 médecin.
- 741 • I : Oui, ça c'est sûr.
  - 742 • M : Voilà, et on n'est pas, on n'est pas plus mauvais que celui qui a mis l'amoxicilline,  
743 euh, du pivalone ou je ne sais quoi. Et euh, et des suppositoires et un sirop anti tussif  
744 et cetera. Donc, euh voilà. Et, euh, on va être, on est quand même nettement meilleur  
745 lorsque l'on dit à la maman que s'il tousse, c'est normal, que c'est parce qu'il a un jetage  
746 postérieur. S'il a de la fièvre, c'est normal, ça va durer quelques, quelques heures...  
747 Voilà, et là on est ... Voilà, mais, on n'a pas été élevé comme ça.
  - 748 • I : Hum hum.
  - 749 M : Donc forcément, ça, ça nous, ça nous change notre curseur. Donc, de la même  
750 façon que le diabétique, si on va, on va lui prescrire sa metformine, éventuellement sa  
751 lantus, et, et, ...mais si on lui dit que, parallèlement à ça, il faut qu'il continue à faire de  
752 l'activité physique parce que c'est super important. Euh, et qu'on lui explique le  
753 mécanisme de pourquoi l'activité physique c'est important, et c'est quoi l'activité  
754 physique, euh... au niveau de son alimentation, c'est pareil. Qu'est-ce qu'il doit manger,  
755 enfin... éviter euh, diminuer.. et ... vous voyez. Donc ça, c'est vrai, ce n'est pas  
756 quantifiable. On peut pas, on peut pas le. Ça se mesure pas.
  - 757 • I : Non.
  - 758 • M : C'est pas comme trois hémoglobines glyquées.
  - 759 • I : Hum.
  - 760 • M : Dans l'année. C'est, ... c'est pas quantifiable.
  - 761 • I : Oui, mais ça a toute son importance.
  - 762 • M : Voilà, exactement. Exactement. (hochement de tête et geste des mains)
  - 763 • I : Et le fait que le, comme vous disiez, que le rôle du patient change, qu'il devienne  
764 plus acteur euh..., est-ce que vous avez l'impression qu'il vous respecte plus ? Est-ce  
765 que le rapport de, de respect, ou le rapport de..., de confiance au médecin change par  
766 rapport à ça ?
  - 767 • M : Ben moi je trouve que, ben oui. Oui, oui, oui. (hochement de tête) Y'a, ... Enfin, en,  
768 en tout cas, euh, à partir du moment, où on responsabilise les gens dans leur... et  
769 qu'on, qu'on les prend pas, et qu'on les infantilise pas, et qu'on, qu'on ne les prend pas  
770 de haut. Euh, au contraire, oui, y'a, y'a vraiment un ..., un vrai euh....., une vraie  
771 adhésion euh... à ces, oui à la santé, à l'idée même que l'on se fait de, de la santé.
  - 772 • I : Hum hum. Oui c'est, c'est toute, toute l'idée de la santé qu'on..., qu'on doit inculquer  
773 au patient.
  - 774 • M : Oui c'est ça. C'est, et c'est au-delà même de, de la simple, de la simple pathologie.
  - 775 • I : Hum. Est-ce que le malade, lui-même, vous parle spontanément de son passage à  
776 l'ERET ?
  - 777 • M : Non, c'est rare.
  - 778 • I : D'accord...Pourquoi ?
  - 779 • M : C'est rare, parce que, parce que voilà, le ... Pour le patient, aussi, c'est euh, c'est  
780 une petite révolution... de, d'avoir ce ...de, de devenir acteur de sa, de sa santé.  
781 D'ailleurs, les, les gens, ils sont, ils sont déboussolés dans les pathologies chroniques.  
782 Quand on leur, quand on leur donne le choix par exemple, pour une .....quand ils sont,  
783 en, en cancérologie. Quand on leur donne le choix, quand on leur dit, "c'est à vous de  
784 décider", euh, ben... ils, ils sont pas habitués à ça. Et, là, toute proportion gardée, c'est  
785 un petit peu la même chose.
  - 786 • I : Hum hum (acquiescement).
  - 787 • M : Ils sont pas habitués à ce que ce soit eux, justement, puisqu'on les a pas, on les a  
788 pas forcément élevés comme ça.
  - 789 • I : Oui, c'est sûr.

- 790 • M : Euh, donc ils ont besoin de se, euh..., aussi de devenir compétent par rapport, par  
791 rapport à ... par rapport à notre santé, par rapport aux regards qu'ils ont vis à vis de la  
792 santé.
- 793 • I : Donc pour vous, il y a un vrai changement à faire, que ce soit du point de vue du  
794 médecin, ou du patient
- 795 • M : ...Et du patient. Oui, oui, oui. (Hochement de la tête). C'est vraiment un ..., c'est  
796 vraiment un enjeu sociétal.
- 797 • I : Hum (acquiescement).
- 798 • M : Finalement, je ne vais pas à la pharmacie euh, pour chercher du doliprane parce  
799 que j'ai mal à la tête. C'est "pourquoi j'ai mal à la tête ?" et "est-ce que c'est utile de  
800 prendre du doliprane euh, pour régler mon problème de mal de tête", ...qui va passer  
801 d'une façon ou d'une autre. Vous voyez, c'est, c'est aussi le regard, le regard, vis à vis  
802 du médicament. On est trop, on est trop dans cette culture euh... dans cette culture du  
803 médicament.
- 804 • I : Et vous, d'un point de vue plus personnel, euh, sans parler du, du côté médical, est-  
805 ce que trouvez que c'est plus valorisant de ; de travailler de cette manière, en éduquant  
806 les patients ?
- 807 • M : Oh ben, ben bien sûr. (hochement de tête). Bien sûr, mais, euh, tout est, tout est  
808 une question finalement, de, ben, ...euh, peut-être pas de philosophie, mais de, de  
809 rapport que l'on a avec euh ... de rapport que l'on a avec les gens. C'est une ques...  
810 Finalement, ... Parce que, quand moi, je, ...moi j'estime que quand on est médecin,  
811 euh, euh, on a quand même un rôle sociétal important, qui est valorisant. Euh, déjà par  
812 notre, par notre fonction, et en plus, euh, on, on ... enfin, en tout cas, de mon point de  
813 vue, on s'inscrit pleinement, dans, dans la société. Et finalement, quand on, quand on...,  
814 quand on dit, enfin, quand on veut un certain type de patients, euh, voilà compétent,  
815 pas forcément exigeant, responsable, parce que, tout en découle après. Euh... c'est  
816 responsable, en termes d'arrêt de travail, c'est responsable en termes de euh..., si j'ai  
817 des ... des conduites addictives par rapport au tabac, à l'alcool, et cetera, c'est  
818 comment, euh, en tant que patient, euh, je, je, je prends conscience de ça, et je change  
819 mon comportement vis à vis de ça. Et, euh, et, donc c'est quel type de patients on a  
820 envie d'avoir et dans quel type de société on a envie de vivre. Est-ce qu'on a envie de  
821 vivre dans une société où les gens sont, euh, sont, sont comme ça, totalement passifs,  
822 ou au contraire, ils réfléchissent. Euh, voilà, parce que ça s'inscrit euh, dans la santé,  
823 mais c'est aussi, ça en découle euh, ... sur l'éducation des enfants... Euh, voilà, ça a  
824 une répercussion, qui est très très importante.
- 825 • I : Oui, plus que...
- 826 • M : ... plus que le simple champ de euh, de la santé ou de la maladie.
- 827 • I : Tout à fait. Tout à fait...(pause). Est-ce que vous avez des moments, où les patients  
828 vous posent des questions, vu qu'ils sont plus acteurs, est-ce qu'ils vous posent des  
829 questions plus spécifiques, ou plus complexes ? ... Et est-ce que ça vous déstabilise  
830 au niveau de la consultation ou pas ?
- 831 • M : Je n'ai pas cette impression-là. (grimace)
- 832 • I : D'accord.
- 833 • M : Je n'ai pas cette impression là, mais peut-être, parce que, euh, parce que le, le fait  
834 de réfléchir beaucoup aux ... types, aux types... pas, pas forcément aux types de  
835 questions, mais d'avoir, c'est pareil, ce .....de pas avoir des idées  
836 préconçues... euh..., ne met pas forcément en difficulté par rapport à des questions  
837 complexes. Ben c'est vrai dans toutes, euh, finalement, dans toutes les pathologies,  
838 parce que, euh, on peut pas tout savoir bien évidemment. Et, euh, et ce que l'on ne sait  
839 pas, et ben soit on va le chercher, parce que voilà, des fois, euh... ben nous on a  
840 l'ordinateur en face, nous on va sur internet, quand on a besoin d'une... Et voilà, et on  
841 montre au patient, euh ..... voilà qu'on va sur internet, qu'on va sur tel site, et voilà. Et,  
842 on, on apprend, on apprend avec eux.

- 843 • I : Donc, pour vous, y'a pas d'effet négatif, du tout, au passage à l'ERET, en fait ? Pour  
844 vous, c'est que du, que du plus, pour, pour vous aider ?
- 845 • M : Ah oui.
- 846 • I : D'accord.
- 847 • M : Ouais, ouais, clairement.
- 848 • I : Et puis pour finir, pour vous, quelles.... quelles seraient les choses à, à changer,  
849 euh... pour améliorer justement, cette, cette prise en charge ?
- 850 • M : La pluridisciplinarité.
- 851 • I : Hum hum.
- 852 • M : Et donc, euh, arroser l'ensemble des acteurs finalement, de la ... euh, .....de, de  
853 cette, euh, ....de cette association, et de son fonctionnement. Euh, ensuite, un retour  
854 via les patients, euh... peut être une meilleure prise en charge sur le plan, euh, sur le  
855 plan financier, pour les, pour les patients, notamment sur les activités sportives, ben  
856 physiques. Euh, et puis, euh, ... ben déjà si on, si on faisait ça, ce serait déjà pas mal  
857 hein.
- 858 • I : C'est sûr.
- 859 • M : Donc là, ben je vous dis, sur le projet de soins, là, de, de Ville B, en fait, on va faire  
860 un, je pense, que l'on tend vers un PSLA pluridisciplinaire, et donc dans le projet de  
861 soins, y'avait, y'avait cette idée de l'éducation thérapeutique. Et je pense qu'on va se  
862 rapprocher de l'ERET pour ces pathologies-là.
- 863 • I : D'accord.
- 864 • M : Euh, puisque c'est pas la peine qu'on le mette dans notre, dans notre projet.
- 865 • I : Hum hum.
- 866 • M : Alors que ça, ça existe déjà. Donc on va essayer de travailler. Et comme y'a  
867 beaucoup d'acteurs qui sont partie prenante, et euh... de, de façon transdisciplinaire,  
868 parce que c'est ça qui est intéressant. Il ne faut pas que ça repose que sur le médecin.
- 869 • I : Oui.
- 870 • M : En fait, le médecin ne, ne devrait être qu'une euh, ...qu'une partie de la... ben,  
871 finalement de la pierre angulaire dans le..... dans le moyen de dépistage dans  
872 l'éducation thérapeutique. Le pharmacien, il a un rôle énorme. Et ça, c'est pareil, c'est  
873 pas suffisamment valorisé vis à vis de ... euh, vis à vis du pharmacien.
- 874 • I : Hum hum.
- 875 • M : Parce que, les patients, certes ils vont chez le médecin, mais ils passent  
876 systématiquement par la pharmacie. Donc la, la pharmacie, et nous on le voit le bien,  
877 nous, on, ... on travaille beaucoup avec la pharmacie quand on a euh, quand on met  
878 en place des projets euh, euh ....divers. Et ça, c'est un relai d'information, qui est  
879 phénoménal. Et qui est sous, qui est sous utilisé.
- 880 • I : Oui, pour vous, tout ne doit pas reposer sur le médecin.
- 881 • M : Hum.
- 882 • I : D'accord.
- 883 • M : Parce que, justement, c'est pas suffisant. C'est pas suffisant.
- 884 • I : Et comme vous disiez, pour vous, ce serait aussi bien, qui est un..., qui est un  
885 deuxième temps de suivi au final.
- 886 • M : Hum. Oui.
- 887 • I : Ou alors, une continuité du suivi...
- 888 • M : Une continuité oui. (hochement de tête)
- 889 • I : Pour vous, au niveau du temps, ce serait au bout de combien de temps qu'il faudrait  
890 ...
- 891 • M : ... En permanence.
- 892 • I : Il ne faudrait pas un arrêt en fait. Il faudrait une période active où on leur apprend...
- 893 • M : ...Oui c'est ça. Donc je ne sais plus, ça dure un an, deux ans. Mais après, il faudrait  
894 qu'il y ait un système quasiment de formation continue.
- 895 • I : Hum hum.

- 896 • M : Et euh, et sur l'activité physique, il faudrait... je pense que là, on aurait intérêt à  
897 avoir un ...euh, des partenariats avec des différentes structures associatives pour dire  
898 ben " toi ton truc...". Parce que, finalement, euh, derrière l'activité physique, y'a pas,  
899 y'a pas ..., enfin moi je pense, qu'y a pas que la marche, qu'y a pas que le vélo, y'a  
900 pas que... euh..., voilà, on peut faire des choses un peu plus, euh, ... un peu plus  
901 sympa. Enfin, ...qui soit moins rébarbatif.
- 902 • I : Hum.
- 903 • M : Parce que vous prenez des gens qui sont pas du tout habitué à ça, et euh... et  
904 voilà. Mais, même si ils vont une fois par semaine faire du tir à l'arc, ils vont quand  
905 même bouger un peu leur corps quoi...
- 906 • I : Oui.
- 907 • M : Et, et donc ça, ça c'est vraiment très important. Et donc, d'autre part, ce qui me  
908 semble essentiel, c'est aussi, euh..., quelle prise en charge des activités physiques.  
909 C'est à dire, que, quand on fait du sport depuis, depuis tout petit, c'est pareil, c'est des  
910 questions d'éducation, mais euh, ..., si vous faites du sport depuis que vous êtes tout  
911 jeune, vous savez qu'au mois de septembre, vous allez passer devant le médecin, pour  
912 avoir un certificat, bon c'est plus tellement vrai, maintenant, (sourire), mais c'était le  
913 cas. Vous savez que vous allez payer une adhésion à un club, avec une, une licence.  
914 Tout ça, c'est, c'est inscrit dans votre, dans votre schéma, euh ..... je dirais d'habitude.  
915 Ces gens-là, ils ont, ils ont pas du tout ça. Donc c'est pas ... donc y'a une question de  
916 moyen et puis, y'a une question culturelle par rapport à ça. Voilà, c'est ... c'est  
917 exactement comme le fumeur, il sait qu'il va aller chercher ses cartouches de clopes,  
918 ou ses clopes tous les euh... tous les jours ou tous les deux jours, euh... Voilà. Avec  
919 une certaine forme de rituel. Quand on fait du sport, en club depuis des années, euh,  
920 voilà on a un rituel, qui est euh... au mois de septembre on va payer notre cotis..., et  
921 cetera. Et ces gens-là, ils n'ont pas ça. Ça veut dire que ça, ça doit être ... Il faut, il faut  
922 l'inscrire dans leur, euh ... finalement dans leur patrimoine euh... euh existentiel.
- 923 • I : Et, pour finir, est-ce que vous avez l'impression, que l'ERET peut être aussi un moyen  
924 de... de lutte contre l'isolement pour le patient ?
- 925 • M : Bien sûr. (Hochement de tête) Mais oui, oui, oui. Alors là, j'en suis persuadé. Mais  
926 alors, euh..., c'est vrai pour l'ERET et c'est vrai pour toutes, toutes les actions, toutes  
927 les actions en santé publique. Parce qu'à partir du moment où, où vous fédérez, vous  
928 fédérez les patients, euh, là-dessus, vous les amenez à... à, oui à des échanges, et ça  
929 c'est d'une..., c'est d'une richesse incroyable.
- 930 • I : D'accord. Ben écoutez je vous remercie beaucoup, je vous remercie pour tout.
- 931 • M : Ben y'a pas de... Y'a pas de quoi. Mais c'est vrai que c'est vraiment, euh.... enfin,  
932 un enjeu ; c'est un enjeu majeur.
- 933 • I : Oui c'est sûr.
- 934 • M : Un enjeu majeur, l'éducation thérapeutique et changer le rôle du médecin et du  
935 patient, et du patient, au sein de ... au sein de la consultation...
- 936 • I : Oui.
- 937 • M : Oui, y'a plus qu'à ...
- 938 • I : Merci en tout cas.

- 1 ENTRETIEN N° 3 : Homme de plus de 50 ans, exerçant en secteur semi rural, en cabinet de  
2 groupe depuis 35 ans, Il a une formation en ETP et a un rôle à l'ERET. Il n'a pas d'implication  
3 universitaire.  
4
- 5 • I : Bonjour, merci de me recevoir, donc comme je vous disais, j'effectue ma thèse sur  
6 le diabète de type 2 et sur l'ERET. Alors, comme vous me disiez tout à l'heure, ça fait  
7 depuis 35 ans, que vous exercez ici.
  - 8 • M : Alors, je suis installé depuis le 11, ici installé depuis le 11 Avril 83.
  - 9 • I : D'accord.
  - 10 • M : Et j'ai commencé les remplacements ici, en Octobre 82.
  - 11 • I : D'accord. D'accord.
  - 12 • M : Donc ça fait presque 36 ans, que je travaille ici.
  - 13 • I : Oui, d'accord. Et depuis quand, euh, vous envoyez vos patients à l'ERET ?
  - 14 • M : Oh, c'était même avant.
  - 15 • I : D'accord.
  - 16 • M : Puisqu'en fait avec Mr X, Mr Y et autres, on a été à l'origine du réseau diabète sur  
17 ville A.
  - 18 • I : D'accord.
  - 19 • M : J'ai été le secrétaire, euh X le président, et Y le vice-président.
  - 20 • I : D'accord.
  - 21 • M : Mais avant que ce soit l'ERET.
  - 22 • I : Ok. D'accord. Je connais Dr X, parce que j'avais fait un stage chez eux avec Dr X et  
23 puis Dr Z, ...
  - 24 • M : ...Qui n'est plus là.
  - 25 • I : D'accord.
  - 26 • M : Z n'est plus là.
  - 27 • I : Oui. Et d'ailleurs, Dr W, votre collègue, elle était interne avec moi, à ce moment.
  - 28 • M : A c'est possible.
  - 29 • I : Oui, je crois. Le monde est petit.
  - 30 • M : Elle est installée depuis euh..., deux ans et demi, bientôt trois.
  - 31 • I : D'accord. Oui, c'est ça, ça correspond, parce qu'elle était en fin de cursus, quand  
32 moi je commençais, donc euh ... C'est ça. Ok. Euh, vous avez une grosse partie de  
33 votre patientèle, qui est ..., enfin diabétique, qui est adressée à l'ERET ou pas ?
  - 34 • M : Systématiquement, je les adresse.
  - 35 • I : D'accord.
  - 36 • M : Après euh..., pour ceux qui veulent, je leur donne l'adresse. Je remplis le papier.
  - 37 • I : D'accord.
  - 38 • M : Et puis, et puis voilà.
  - 39 • I : D'accord. Donc, pour vous, tout diabétique euh ...
  - 40 • M : ....Y'a même pas euh..., qu'eux hein, les obèses.
  - 41 • I : Hum hum.
  - 42 • M : Enfin les ..., et les insuffisances cardiaques je les envoie.
  - 43 • I : D'accord. Ok, d'accord. Et..., pour vous ça a un intérêt, euh... dès le début de la  
44 prise en charge ?
  - 45 • M : Ah oui.
  - 46 • I : D'accord.
  - 47 • M : C'est quoi pour vous, alors, l'intérêt de l'ERET ?
  - 48 • M : Ben, c'est au niveau déjà des...comment exprimer ça, ... qu'ils prennent conscience  
49 qui sont pas seuls. Que... ils ont quand même une grosse part du travail à faire, donc  
50 on n'est pas tout seul, ... c'est pas juste les comprimés qui vont régler le problème, et  
51 que, .... euh, comment dirai-je, qu'on est disponible autrement que derrière un bureau  
52 à faire une ordonnance.
  - 53 • I : D'accord.

- 54 • M : Hein. Que le travail à... Le problème du travail en équipe, ça va être chose, ça,  
55 parce que ... moi je, ... je sais que c'est très d'actualité, c'est très à la mode.
- 56 • I : Oui.
- 57 • M : Mais que bon, euh..., y'a une façon de concevoir le travail en équipe, qui n'est pas  
58 forcément toujours celle qu'on veut nous imposer, en tout cas, pour mon compte  
59 personnel.
- 60 • I : D'accord. C'est-à-dire ?
- 61 • M : C'est-à-dire que pour moi un travail en équipe, c'est chacun apporte ses  
62 compétences et on les met en commun (fait le signe de regrouper ses mains).
- 63 • I : Hum hum (acquiescement).
- 64 • M : C'est pas en dispatchant les compétences de chacun, et puis euh, on essaye d'en  
65 refaire quelque chose.
- 66 • I : Oui.
- 67 • M : Je ne sais pas si je suis clair...
- 68 • I : Si, si... Pour vous, euh, est-ce que ça aide le patient à comprendre sa maladie ?
- 69 • M : Sûrement (d'un ton affirmatif).
- 70 • I : Oui ..., d'accord.
- 71 • M : C'est, c'est sûr... Alors peut-être qu'il y a un biais aussi, hein, que ceux qui rentrent,  
72 sont ceux qui veulent plus, euh, être partie prenante dans leur maladie, mais c'est  
73 évident qu'il y a une différence au niveau des chiffres, hein, ... des résultats du suivi  
74 hein.
- 75 • I : D'accord, au niveau des chiffres, vous parlez de l'hémoglobine glyquée ?
- 76 • M : Oui, entre autres. Et puis le reste, hein, le suivi, le fond d'œil. Enfin, là, on parle  
77 pour le diabète hein...
- 78 • I : ...Oui, oui, oui, oui.
- 79 • M : On est d'accord, hein. Au niveau fond, d'œil, prise en charge cardio et tout. Dès  
80 l'instant où ils ont compris le pourquoi du comment et pourquoi on le fait, euh, y'a pas  
81 de souci, hein.
- 82 • I : D'accord. D'accord, donc pour vous, oui, il y a un meilleur euh, un meilleur suivi  
83 clinique et une meilleure adhésion au parcours de soin après l'ERET.
- 84 • M : Ouais.
- 85 • I : D'accord, ok. Et, est-ce qu'ils prennent conscience aussi de l'importanceeeee, de la  
86 prise en charge non médicamenteuse ?
- 87 • M : Oui, oui, oui. (hochement de tête), c'est justement le but. C'est un peu ce que je  
88 vous exprimais au début, hein, c'est à dire, qu'ils ont leur rôle à jouer, à modifier leur  
89 mode de vie.
- 90 • I : Hum hum (acquiescement).
- 91 • M : Enfin, autant que faire se peut, ..., leur façon de manger, de bouger, euh..., et ça  
92 on arrive à leur faire comprendre.
- 93 • I : D'accord.
- 94 • M : Surtout qu'ils sont en..., quelque part c'est un groupe hein, c'est-à-dire qu'ils sont  
95 dans la même, la même mouvance, la même galère, les mêmes soucis, bien souvent
- 96 • I : Hum (acquiescement).
- 97 • M : Et euh..., ça va au-delà des réunions, hein. Souvent, ils continuent à se rencontrer,  
98 alors, je sais pas au niveau de l'ERET, mais du temps du réseau diabète de ville A.
- 99 • I : Hum hum.
- 100 • M : Y'avait des ..., des adhésions si j'ose dire, quoi qu'ils payaient rien, enfin qui...  
101 qui étaient listées et qui continuaient à se rencontrer, après en dehors.
- 102 • I : D'accord.
- 103 • M : Qui faisaient des marches entre eux, qui faisaient tout un tas de choses, euh. Euh,  
104 qui essayaient de recréer quelque chose hein.
- 105 • I : D'accord. Oui, donc il y avait une vraie adhésion euh, au groupe. Ok, et ça leur  
106 permettait d'accepter leur, euh..., leur, le fait d'avoir une pathologie chronique quoi ?

- 107 • M : Oui. Ils l'acceptaient euh... oui, je ne sais pas s'ils l'acceptaient (sourire), mais en
- 108 attendant, c'était quand même euh..., y'avait un plus, quoi. Y'avait un côté, je vais pas
- 109 dire ludique, mais y'avait pas QUE le médecin derrière son bureau.
- 110 • I : D'accord. Est-ce que vous savez la proportion, à peu près, de gens qui acceptent
- 111 euh, d'aller à l'ERET, dans vos patients ?
- 112 • M : (pause et mimique de réflexion). J'en ai aucune idée.
- 113 • I : D'accord.
- 114 • M : Mais, euh, plus de 50%, je pense hein.
- 115 • I : Ah oui, d'accord. D'accord.
- 116 • M : Ouais. Mais je pense que pour, pour être motivé, faut peut-être qu'on soit motivant,
- 117 hein.
- 118 • I : Oui.
- 119 • M : Si on y croit, euh, c'est ptét mieux que si on dit : "bon, allez voir là-bas, y paraît
- 120 qu'ils font des trucs."
- 121 • I : Oui c'est sûr, c'est sûr. Et, est-ce qu'ils en reparlent avec vous, après, lors de..., des
- 122 prochaines consultations ?
- 123 • M : De leurs ateliers ?
- 124 • I : Hum (acquiescement).
- 125 • M : Oui.
- 126 • I : Ouais...
- 127 • M : Oui, oui, oui, oui.
- 128 • I : Vous réévoquez avec eux ...
- 129 • M : Je parle, et puis bon euh..., comme je fais des ateliers d'éducation thérapeutique
- 130 avec des infirmières d'ici, et la diét d'à côté, donc je les vois moi, hein.
- 131 • I : Ah d'accord. D'accord.
- 132 • M : Je vois même des patients, qui sont pas de ma patientèle, hein.
- 133 • I : D'accord. Vous, vous animez aussi...
- 134 • M : ...Oui.
- 135 • I : D'accord. Vous faites quoi comme, comme ateliers, au sein de l'ERET ?
- 136 • M : Sur le diabète, ben.... le, le premier qui est comment le ...., le, la compréhension
- 137 du diabète. Qu'est-ce que c'est exactement que la maladie diabétique ?
- 138 • I : D'accord.
- 139 • M : Et je m'adapte, c'est sûr que la diététique, jsuis pas, ... jsuis pas top. C'est avec la
- 140 diététicienne. Au départ, on..., on animait le cursus complet en binôme hein. C'était six,
- 141 six ateliers sur euh..., sur six mois, qu'on faisait.
- 142 • I : D'accord.
- 143 • M : Un par mois.
- 144 • I : D'accord, ...d'accord. Est-ce que vous avez l'impression que ça joue aussi au niveau
- 145 psychique sur le patient ?
- 146 • M : (mimique de réflexion). Non, je sais pas. Peut-être, je sais pas.
- 147 • I : Vous savez pas...
- 148 • M : Ben, a posteriori, je pense que oui, pace que bon, euh..., ils se sentent moins seuls,
- 149 ils se sentent écoutés. Ils sont pris en charge différemment.
- 150 • I : D'accord.
- 151 • M : Je pense que le fait qu'on les culpabilise pas euh..., "vous êtes diabétiques, pace
- 152 que vous avez trop mangé, pace que ..., c'est de votre faute si vous êtes comme ça,
- 153 euh..." ; ça se passe pas pareil, voilà hein.
- 154 • I : D'accord. (Pause). D'accord. Est-ce que vous avez remarqué si vous avez moins,
- 155 euh ..., de complications, suite à la prise en charge de l'ERET ?
- 156 • M : Comment exprimer ça, ..., ...ce que, ce que vous enregistrez, ça reste pour vous...
- 157 • I : Oui, oui, c'est anonymisé
- 158 • M : Pace que là, je vais dire quelque chose qui est pas très sympa à l'égard de certains
- 159 collègues.

- 160 • I : D'accord.
- 161 • M : Quand on reprend des patients, euh ....., de collègues qui s'arrêtent et autres, on
- 162 voit que parfois, la prise en charge, euh..., c'est quand même un petit peu moyen.
- 163 • I : Hum hum.
- 164 • M : Donc, on peut se poser des..., enfin, on peut penser qu'on fait du bon boulot.
- 165 Contrairement à ceux qu'ont l'air de penser nos ministres (sourire).
- 166 • I : (Sourire).
- 167 • M : Hein, euh, on a aussi, euh..., je sais pas moi, des rétinopathies, j'ai l'impression,
- 168 qu'on en voit moins. Des amputations, euh... ça devient exceptionnel, hein. Ceux que
- 169 j'ai réc..., ceux que j'ai eus, c'était des patients que je récupérais quoi... hein.
- 170 • I : D'accord.
- 171 • M : Donc, je dis pas que je suis mieux que les autres. Mais j'ai l'impression que,
- 172 globalement, ils sont tellement investis dès le, enfin moi, hein..., dès le début, ...
- 173 • I : Hum hum.
- 174 • M : Enfin, évidemment, j'ai pas que des nouveaux diabétiques. En 36 ans, y'a bien
- 175 longtemps que j'ai des anciens diabétiques qui sont morts aussi. Euh..., mais tout
- 176 diabétique qui, ... qui est diagnostiqué, euhhh..., rentre dans un parcours, où j'essaye
- 177 de leur expliquer les, euh, le, le pourquoi du comment, et les risques qu'ils encourent,
- 178 donc j'espère que y'en a que je verrai pas hein. Je serai mort avant eux, ...
- 179 probablement, hein. Mais moi, je pense que oui, qu'y a moins de, ...qu'y a moins de
- 180 complications.
- 181 • I : D'accord.
- 182 • M : Les amputations, enfin pour moi hein, je trouve que ça devient rarissime. Des
- 183 cécités, j'en ai une. Une cécité euh..., c'est une femme qui était avec une pompe à
- 184 insuline. Sa pompe s'est foutue en rade, ou je sais pas ce qu'elle a foutu euh... Elle
- 185 avait soif, elle a continué de boire sauf qu'elle buvait des jus de fruits. Donc elle a été
- 186 hospitalisée en catastrophe, les deux rétines ont été euh....
- 187 • I : D'accord.
- 188 • M : Mais bon, c'est la seule que j'ai vue, mais je pense que c'est plus un problème, je
- 189 dirai, technique.
- 190 • I : Oui.
- 191 • M : Y'a quelque chose qui s'est passée là. C'est pas .... Non, on n'est pas aveugle, du
- 192 jour au lendemain, autrement, quoi. C'est ... Autrement, non, je pense, je pense quand
- 193 même que ça apporte quelque chose, ou alors faut arrêter tout de suite, hein.
- 194 • I : D'accord (sourire). Donc vous, vous disiez que vous voyez nettement un..., une
- 195 amélioration par rapport à ceux qui n'y adhèrent pas.
- 196 • M : Oui. Au niveau de la prise en charge, au niveau du..., de l'observance, des choses...
- 197 Oui, sûrement (d'un ton affirmatif).
- 198 • I : D'accord. Et au niveau de ce qui est profil lipidique euh...
- 199 • M : Pareil.
- 200 • I : Pareil, d'accord. Et eux, ils le perçoivent aussi cette, cette amélioration, ou pas ?
- 201 • M : Dans leur corps ?
- 202 • I : Hum.
- 203 • M : Physiquement, j'ai pas l'impression.
- 204 • I : D'accord.
- 205 • M : Mais par rapport aux complications, c'est ça quand même qui peut... Parce que c'est
- 206 vrai que les complications ; tant qu'on les vit pas, on peut pas se rendre compte qu'on
- 207 ... ben qu'on est pas malade.
- 208 • I : Hum (acquiescement).
- 209 • M : Le problème, c'est que pour beaucoup, ils se sentent pas malades.
- 210 • I : Ben oui. C'est le souci du diabète, oui.
- 211 • M : Alors comment améliorer quelqu'un qui se sent pas malade, euh..., hein.

- 212 • I : D'accord. Est-ce que ... ils ont des attentes différentes une fois qu'ils sont passés à  
213 l'ERET ?
- 214 • M : Des attentes différentes... euh... (mimique de réflexion), je sais pas, moi ce que j'ai  
215 surtout l'impression c'est qu'ils ont plus le même comportement avec moi.
- 216 • I : D'accord. C'est-à-dire ?
- 217 • M : Ça nous, ça nous rapproche.
- 218 • I : D'accord.
- 219 • M : Je sais pas si c'est le fait qu'ils me voient avec une autre, un autre visage que le  
220 médecin... euh, j'ai l'impression qu'on est plus proche et qu'ils sont plus enclin à poser  
221 des questions.
- 222 • I : D'accord, ils vous posent plus de questions.
- 223 • M : Ouais.
- 224 • I : D'accord, donc vous avez l'impression que le ..., la relation médecin patient change  
225 suite à.... ?
- 226 • M : ...Ça s'est amélioré.
- 227 • I : D'accord, en ... en positif.
- 228 • M : Ah oui, en positif. (hochement de tête)
- 229 • I : D'accord.
- 230 • M : Pour tous les deux, hein. Enfin, pour euh....
- 231 • I : Et quand vous dites qu'ils vous posent plus de questions, c'est ... c'est quoi qu'ils  
232 vous posent, euh...
- 233 • M : Par rapport aux médicaments, c'est très varié... Par rapport aux médicaments, ils  
234 disent "qu'est-ce que vous pensez que... ?", par rapport aux voisins, par rapport à  
235 euhhhhh, ... l'évolution de leur maladie, "s'ils sont, s'ils sont bien", non, moi je trouve  
236 que c'est, c'est varié. Y'a pas de trucs types.
- 237 • I : Oui il n'y a pas de thèmes types.
- 238 • M : Non, non.
- 239 • I : Mais, vous avez l'impression qu'ils sont plus à l'aise...
- 240 • M : ...Ah oui, oui...
- 241 • I : ...avec vous pour vous poser euh...
- 242 • M : J'espère de toute façon que je mets à l'aise, hein.
- 243 • I : Oui (sourire). Vous voyez quand même la différence.
- 244 • M : Hum hum (acquiescement).
- 245 • I : D'accord. Ok. Est- ce que, en ce moment, on entend beaucoup parler des patients  
246 experts, de notion de cothérapeutes. Est-ce que vous avez l'impression que le patient  
247 euh...
- 248 • M : ...c'est ce que vous appelez la personne ressource ?
- 249 • I : Voilà. Est-ce que vous avez l'impression qu'il change son rôle euh, en tant que tel ?
- 250 • M : (réflexion) Certains oui. Y'en a qui se prennent un peu trop au...
- 251 • I : D'accord.
- 252 • M : Oui, y'en a qui ont.... euh, enfin, oui, qui se prennent un petit peu trop pour des  
253 profs, certains.
- 254 • I : D'accord.
- 255 • M : Certaines personnes mais pas toutes, hein. Y'en a oui.
- 256 • I : Et est-ce que le fait de faire ces activités-là, ils remettent en doute, euh...,
- 257 • M : ...Vous parlez de qui, des personnes ressources là ?
- 258 • I : Des patients en général.
- 259 • M : Oui.
- 260 • I : Est-ce qu'ils remettent en doute votre parole, euh, ou pas spécialement, ... (pause)  
261 en multipliant les intervenants, est-ce qu'ils ont... ?
- 262 • M : ... Non, c'est des questions qu'ils posent, euh.
- 263 • I : D'accord.
- 264 • M : Je sais pas, peut-être, mais j'ai pas ce ressenti-là.

- 265 • I : D'accord.
- 266 • M : Mise en doute, ... Je sais pas, mais j'ai pas ce ressenti-là, en tout cas.
- 267 • I : D'accord.
- 268 • M : Vous, pour vous, le plus de l'ERET, euh ..., ben, c'est de dire d'une manière
- 269 différente les choses, et pour eux, c'est plus facile à intégrer.
- 270 • M : Ah ben, surtout, c'est qu'on a plus de temps. Entre une consultation, en un quart
- 271 d'heure, s'il faut qu'on leur débite tout en un quart d'heure, euh...., ils vont se souvenir
- 272 de quoi en un quart d'heure. De rien ! (buste vers l'avant) Ou de pas grand-chose, hein.
- 273 Déjà, dans un atelier de deux heures, il faut pas essayer d'en faire passer trop, de
- 274 messages. Donc, euh, si on en met de trop, ils se... ils se souviennent de rien, donc
- 275 euh.
- 276 • I : D'accord.
- 277 • M : Ouais, ouais, ouais. (se remet au fond du siège).
- 278 • I : Pour vous, euh..., la consultation à quinze minutes, ..., pour vous c'est un frein le
- 279 temps par rapport à l'éducation thérapeutique ?
- 280 • M : Oh oui. (Hochement de tête). Toute façon, et puis, c'est pas la même chose. J'veux
- 281 dire, une consultation médicale, c'est une consultation où l'on examine, même si
- 282 maintenant, on fait de la médecine sans examiner, semble-t-il avec la télémédecine,
- 283 euh..., où l'on ....., euh..., le rôle d'une consultation, c'est d'être à l'écoute, euh. C'est
- 284 de ..., pendant qu'on prend une tension, pendant qu'on prend une température, on est
- 285 capable de faire autre chose que de regarder son écran de thermomètre.
- 286 • I : Hum (acquiescement).
- 287 • M : Et, euh..., la consultation est justement le moment, où l'on peut aussi leur dire "voilà,
- 288 les efforts que vous avez faits, ça paye parce que voilà ce qui y'a maintenant. Vous
- 289 avez perdu tant sur la balance", et ainsi de suite. Euh ....., pour moi, non..., le, le frein
- 290 des, de la consultation, c'est qu'on a pas le temps en quinze minutes, d'aborder, euh...,
- 291 le régime, enfin, la diététique, l'activité physique, de façon poussée.
- 292 • I : Hum.
- 293 • M : On s'in, on s'inquiète de savoir s'ils l'ont enregistré et s'ils le font, mais c'est tout.
- 294 C'est un peu du "oui", "non", hein. C'est euh..., en tout cas, c'est ma vision des choses.
- 295 • I : D'accord.
- 296 • M : C'est deux choses différentes, hein. Enfin, c'est pas ... pareil.
- 297 • I : D'accord. Et, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des effets néfastes à l'ERET
- 298 ? Est-ce qu'il y a des effets anxiogènes chez certains patients ou... ?
- 299 • Non, au contraire, ils ont... Ils savent qu'ils ont affaire à des professionnels, d'abord qui
- 300 sont disponibles, et, euh, s'ils sont embêtés avec euh, parfois, c'est tout simplement de
- 301 la technique, avec les pompes, avec les machins là, y'a quelqu'un qui va répondre.
- 302 Non, moi, je trouve qu'au contraire ils ont un ..., c'est plutôt l'inverse, hein.
- 303 • I : D'accord.
- 304 • M : Je ne pense pas que ... Ce qui est anxiogène, c'est quand on leur annonce "vous
- 305 êtes diabétiques".
- 306 • I : Hum.
- 307 • M : "On peut peut-être encore attendre", "écoutez, attendre, ça fait déjà deux, trois fois,
- 308 quatre fois, que vous me demandez d'attendre et que ça va pas."
- 309 • I : Oui. D'accord. Et est-ce que votre gestion du temps, de vos consultation, euh..., sont
- 310 différentes une fois que les patients sont passés à l'ERET ?
- 311 • M : Non (signe de tête).
- 312 • I : Non, ça change pas votre, euh...D'accord.
- 313 • M : La première consultation, c'est certainement la plus longue. Je fais quand même
- 314 un certain nombre de, d'explications de base.
- 315 • I : Hum hum.
- 316 • M : "Je dis pas, vous êtes diabétique, allez à l'ERET, on se revoit dans ... dans un mois,
- 317 dans deux mois, quand vous aurez euh..."

- 318 • I : D'accord.
- 319 • M : Pace que y'a des problèmes administratifs à régler aussi. La déclaration, tout ça, je
- 320 le fais en même temps qu'eux, hein. Pace que maintenant, on peut tout faire avec
- 321 (montre son ordinateur), enfin, ça va vite hein.
- 322 • I : D'accord. Euhhhhh, est-ce que, donc oui, vous m'avez dit vos liens avec l'ERET,
- 323 vous faites, euh... des ateliers.
- 324 • M : Hum hum (acquiescement).
- 325 • I : Est-ce que vous trouvez que leurs retours sont bien faits, leurs euh, les courriers que
- 326 vous recevez ?
- 327 • M : Ben oui. Ben avec X (l'infirmière d'éducation thérapeutique de l'ERET), y'a pas de
- 328 problème. Elle était avec nous au départ, donc euh...
- 329 • I : D'accord, et vous vous servez de ces courriers-là, après, pour euh, pour le suivi de
- 330 votre patient.
- 331 • M : A ben, c'est là-dedans (en montrant son ordinateur), si j'ai besoin, enfin là-dedans,
- 332 dans le logiciel. Si j'ai besoin d'y aller, oui.
- 333 • I : D'accord. Ok. Est-ce que vous ....., enfin maintenant, vous me dites que vous
- 334 prescrivez systématiquement l'ERET pour chaque patient ?
- 335 • M : Ah oui, oui, oui (acquiescement). Enfin, je prescris. Je leur conseille, je leur remplis
- 336 le formulaire qui est, qui est là. Et puis, après ils le font ou ils le font pas. Mais
- 337 globalement euh, à part quelques patients qui veulent pas y aller... Alors y'a des
- 338 motivations différentes hein. Y'a celui qu'en a rien à faire et qui a pas encore compris.
- 339 Y'a le, le timide qui a peur de parler en public.
- 340 • I : Oui.
- 341 • M : Y'a celui qui ose pas exposer ses problèmes. Mais comme je reviens à la charge
- 342 euh (sourire).
- 343 • I : Oui. (sourire), d'accord. Et est-ce que, au début, vous prescriviez à tout le monde
- 344 dès le début, ou est-ce que vous avez augmenté petit à petit vos indications ?
- 345 • M : Ben, depuis qu'il y a eu le réseau, un moment donné, euh, ce réseau a été, euh...,
- 346 comment dirais-je, on lui a coupé les ailes budgétairement, donc euh, c'est l'ERET. Il a
- 347 fallu que tout ça se remette en place, pour qu'on puisse recommencer.
- 348 • I : Ben oui.
- 349 • M : Y'a eu un trou quand même, hein, y'a eu une période de creux, hein.
- 350 • I : ça a duré combien de temps cette période ?
- 351 • M : Je sais pas (grimace). Y'a eu aussi, une période où on a fait un peu la gueule.
- 352 Euh...
- 353 • I : Hum.
- 354 • M : Et puis, euh, pace que ça nous a quand même pas fait du bien, hein. Ça n'a pas
- 355 été très sympathique, hein, la façon dont. Je sais pas... ça a quand même mis des
- 356 médecins... y'en a certains qui ont carrément pris leur retraite derrière, hein.
- 357 • I : D'accord.
- 358 • M : C'est surtout les motivations. On va pas se faire mousser, mais ce réseau... on y a
- 359 passé des heures, on y a travaillé dur, euh..., on avait travaillé sur le parcours de soins,
- 360 sur euh, enfin sur le parcours dans le sein de l'ERET. On vous sort euh, que ce parcours
- 361 c'est pas tout à fait ça, et puis que, à la sortie, quand on voit le parcours qui ressort à
- 362 l'ERET, c'est pratiquement du mot pour mot, ce qu'avait été fait. Euh ...ça va quoi !
- 363 • I : Oui.
- 364 • M : Enfin bon, c'est tout. C'est ...c'est une conviction personnelle, et qui est un peu
- 365 partagée avec certains, donc...
- 366 • I : D'accord.
- 367 • M : J'y suis revenu dans l'intérêt des patients, hein, c'est tout, hein.
- 368 • I : Oui.
- 369 • M : J'ai fait valider mes acquis, pace que bon, y'avait pas de raisons que je les fasse
- 370 pas valider, hein, pour l'éducation thérapeutique. Mais euh, après je l'ai fait dans

- 371 l'intérêt des patients, et pace que c'est encore X (infirmière de l'ERET) qui est encore  
372 là.
- 373 • I : Hum, d'accord. Euh, qu'est-ce que vous pensez du marqueur de l'hémoglobine  
374 glyquée ?
  - 375 • M : Ce que j'en pense.
  - 376 • I : Hum.
  - 377 • M : Ben, pour moi, c'est l'essentiel, maintenant j'suis plus dans le coup, hein (sourire).
  - 378 • I : D'accord. Vous, vous vous en servez avec les patients ?
  - 379 • M : Oui.
  - 380 • I : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression, que eux, ils comprennent, euh, ce que  
381 c'est que ce chiffre ?
  - 382 • M : Ben je leur explique, je pense qu'ils comprennent.
  - 383 • I : D'accord.
  - 384 • M : Je parle de moyenne... Une glycémie à cette heure-ci, ça nous donne une glycémie  
385 aujourd'hui, mais ça vous dit pas ce qu'elle est dans une heure ou la veille. Et que, c'est  
386 pas un bon moyen de ..., que je ne demanderai plus de glycémies par exemple.
  - 387 • I : D'accord.
  - 388 • M : Ça, ça les surprend ça. (sourire)
  - 389 • I : Hum.
  - 390 • M : Moi, j'en demande plus, hein, j'sais pas si je fais bien, hein. J'fais ptét pas bien,  
391 mais je fais comme ça (sourire)
  - 392 • I : Hum. Oui, c'est vrai qu'il n'y a pas spécialement d'intérêt à ...
  - 393 • M : ..Enfin, chez le diabétique, hein.
  - 394 • I : Oui, oui, oui.
  - 395 • M : Chez le diabétique traité, euh, à quoi ça me sert d'avoir une glycémie à jeun, euh.  
396 Tous les trois mois, qu'est-ce que je vais en faire de ça moi ? (sourire)
  - 397 • I : Oui, c'est sûr (sourire). Pause. Est-ce que d'un point de vue plus personnel, vous  
398 avez l'impression que c'est valorisant pour vous d'envoyer vos patients à l'ERET ?
  - 399 • M : Moi j'en cherche aucune euh, aucune gloriole, aucun honneur, hein.
  - 400 • I : D'accord.
  - 401 • M : Non, non. Je vois pas ce que (rire), je vois pas ce que ça va m'apporter. C'est pas  
402 ma nature, je m'en fous. Enfin, je m'en fous, oui... je suis pas là pour me glorifier, je  
403 cherche pas à avoir un nom de rue, c'est pas notre fonction. On verra quand on sera  
404 mort, ce que les gens feront. (sourire)
  - 405 • I : (rire).
  - 406 • M : A partir de ce moment-là, on n'a plus de gloire à en tirer.
  - 407 • I : Oui. Est-ce que vous avez l'impression d'avoir, euh, des patients qui sont, euh, mal  
408 l'aise au sein de l'atelier de l'ERET ?
  - 409 • M : Oui, ça arrive.
  - 410 • I : Ça arrive.
  - 411 • M : Oui, oui, oui.
  - 412 • I : Et, est-ce qu'ils arrivent à vaincre cette... ?
  - 413 • M : ... Ben ça, c'est à nous de faire l'effort pour que, ils se ... enfin, pas qu'ils se ré  
414 intègrent, mais qu'ils se sentent pas marginalisés de... C'est souvent la peur de dire  
415 des bêtises, hein.
  - 416 • I : Oui.
  - 417 • M : C'est comme quand on était gamin, qu'il fallait parler anglais, et que tout le monde  
418 se marrait ... Et ça, je pense que c'est justement aux animateurs de ..., ben de savoir  
419 repérer les gens qui se mettent en marge à cause de ça et puis de les... et puis de les  
420 faire causer quand même.
  - 421 • I : Hum hum.
  - 422 • M : Et de faire taire les bavards. Y'en a ça aussi.
  - 423 • I : Oui, et est-ce que y'en a qui arrêtent avant la fin du programme ?

- 424 • M : Moi j'en ai pas vu moi.
- 425 • I : D'accord.
- 426 • M : J'en ai pas vu encore, ponctuellement qui étaient pas là, pour des raisons X ou Y,
- 427 oui, mais, euh, qui arrêtaient carrément le..., moi j'en ai pas vu.
- 428 • I : D'accord.
- 429 • M : Y'en a ptét eu, hein, parce que je fais pas tous les ateliers hein.
- 430 • I : Hum hum.
- 431 • M : Mais, euh, du temps où je faisais le truc complet, j'en ai pas vu.
- 432 • I : Ok.
- 433 • M : Ou, alors c'était, euh, pour des raisons précises, je veux dire médicales,
- 434 interventions ou autre, qui fait que.
- 435 • I : Oui.
- 436 • M : Mais euh.
- 437 • I : Une fois qu'ils, ... qu'ils adhéraient à ce programme-là, ils allaient jusqu'au... jusqu'au
- 438 bout.
- 439 • M : Oui. Moi, je les trouvais plutôt contents de venir, même hein.
- 440 • I : D'accord.
- 441 • M : Y'a des gens, qui ont réclamé, hein, quand ça a fermé, hein. Y'a même eu des
- 442 courriers, hein, qui ont circulé, hein. Je peux vous le dire. Je sais pas si vous êtes au
- 443 courant de ça ?
- 444 • I : Non.
- 445 • M : Y'a eu des courriers qu'ont été écrits à l'ARS, hein. Au directeur, ... au président de
- 446 l'ARS, hein.
- 447 • I : D'accord.
- 448 • M : Pas, pas nous, hein.
- 449 • I : Hum hum (acquiescement)
- 450 • M : Des patients, hein. Qui n'étaient pas contents. Les courriers, qu'étaient parfois un
- 451 peu salés, hein, j'en ai lu certains euh...
- 452 • I : Et, est-ce qu'ils seraient demandeurs de ..., de plus, les patients ?
- 453 • M : Je sais pas. Je leur ai pas posé la question. Je me rends pas compte.
- 454 • I : D'accord...
- 455 • M : ... De plus, euh...
- 456 • I : Parce que j'ai déjà... j'ai déjà interrogé certains médecins qui me disaient que, euh...
- 457 les patients en fait, faisaient le programme à l'ERET, mais aimeraient être revus,
- 458 euh....., régulièrement, a posteriori.
- 459 • M : Alors ça, c'est les piqûres de rappel, ça. En fait, c'est, euh... c'est un petit peu ce
- 460 qu'on avait envisagé au niveau du réseau, c'est-à-dire qu'il fallait qu'en gros le cursus
- 461 se fasse... euh, en gros se fasse sur un an. Au bout d'un an, il fallait qu'ils sortent de
- 462 la boucle, de manière à ce qu'ils soient autonomes. Et nous, on avait envisagé
- 463 justement, que les patients puissent être revus au bout d'un mois, rrrr, au bout d'un
- 464 mois, au bout d'un an, au bout de six mois, tout ça c'était à définir. Pour voir où ils en
- 465 étaient, leur refaire en fait un bilan d'éducation thérapeutique, et de voir si oui ou non,
- 466 fallait les ré intégrer dedans. Alors ça, je sais pas si euh..., après c'est peut-être une
- 467 question de finance aussi, hein.
- 468 • I : Oui. Oui.
- 469 • M : Hein, mais je pense que oui. Je pense que y'a bes..., que y'aurait besoin. Pour
- 470 qu'ils ne se sentent pas abandonnés, parce que en fait, le problème du réseau, enfin de
- 471 l'ERET, c'est qu'ils se sentent un petit peu intégrés dans une famille.
- 472 • I : Oui.
- 473 • M : Et cette famille les aide, c'est-à-dire qu'ils sont entre eux, ils sont..., enfin moi, c'est
- 474 mon vécu, c'est mon ressenti, hein, et deeeeeee, de savoir qu'ils peuvent encore
- 475 compter si y'a un souci, je pense que ça ça serait bien.
- 476 • I : D'accord.

- 477 • M : De même, il avait été question de créer, en sortant du truc, de continuer à, à faire,  
478 entre parenthèses des réunions, mais entre eux si vous voulez. C'est-à-dire, que c'est  
479 à eux, après de structurer, en association, en tout ce qu'on veut, l'APF... et ainsi de  
480 suite, mais, euh..., pas l'APF, mais l'AFD.
- 481 • I : L'AFD oui.
- 482 • M : Euh, ...et ça, c'était plus compliqué, parce que quelque part, y'a quand même besoin  
483 d'avoir un petit peu, euh..., comment, une certification médicale, parce que après, c'est  
484 vrai, y'a les personnes ressources qui se mettent là-dedans, et puis qui vont faire  
485 quelque chose de .... alors y'en a qui sont très bien, par contre, des gens très motivés  
486 hein. Attention, hein, mais euh.... (pause).
- 487 • I : D'accord. Mais, vos patients vous, ne vous disent pas spécialement qu'ils aimeraient  
488 ...
- 489 • M : ...Non.
- 490 • I : D'accord.
- 491 • M : Ou très ponctuellement, quelques-uns. Mais c'est pas la majorité.
- 492 • I : D'accord. (pause). Est-ce que pour vous c'est un plus de sortir de la relation médecin  
493 patient unique et d'élargir euh... les intervenants ?
- 494 • M : Ben, c'est ce que je vous disais au début, hein.
- 495 • I : Hum.
- 496 • M : C'est-à-dire qu'on a une autre vision de ces patients. Alors, je sais pas quel.... je  
497 pense que les patients ont une autre vision de nous. On le voit dans leur façon de .....,  
498 d'être avec nous, mais euh..., nous on découvre nos patients, hein. Enfin, moi, j'ai  
499 découvert des patients, c'est à dire que... on a toujours un petit peu l'impression que  
500 quand on est de ce côté du bureau, que c'est nous qui sommes en position de force.  
501 C'est "vous écoutez, vous vous taisez". En gros, c'est ça. Et, on s'aperçoit que ces  
502 gens à qui, on aurait tendance à ..., pas à les faire taire, mais à penser que... euh, ils  
503 savent plein de choses.
- 504 • I : Hum hum.
- 505 • M : Et ça, c'est très surprenant. On n'imagine pas, hein, qu'ils connaissent plein de  
506 choses, hein. On pense que c'est nous qui savons, mais ils savent eux aussi, hein.
- 507 • I : Hum hum.
- 508 • M : Donc, on les découvre, hein. Donc ça change bien évidemment le, la relation. Et,  
509 je pense que c'est vrai dans d'autres pathologies, hein.
- 510 • I : Oui, il n'y a plus le rôle du médecin sachant et du patient. Il y a le patient qui intègre  
511 et qui devient acteur en fait.
- 512 • M : Oui. Dans les maladies chroniques, si le patient n'est pas acteur de sa santé, on  
513 est quand même très embêté, quand même, hein.
- 514 • I : Hum.
- 515 • M : Parce que y'en a des choses à leur faire faire, hein.
- 516 • I : Oui.
- 517 • M : Ou, à ne pas faire.
- 518 • I : C'est sûr, d'accord. Et pour vous, euh, quels seraient les, les points à améliorer, euh,  
519 dans la prise en charge de l'ERET ?
- 520 • M : (réflexion et yeux dans le vide). Comme ça, je vois pas. C'est, moi, je trouve que  
521 c'est déjà pas si mal, ce qui est fait, franchement. C'est pas... Y'a sûrement des points  
522 à améliorer, mais c'est ..., je trouve que c'est, je pense que c'est à l'ERET de voir des  
523 retours patients.
- 524 • I : Hum hum.
- 525 • M : Ils ont peut-être aussi des retours patients, un peu plus formels que ce que nous  
526 nous... Nous, c'est du ressenti, hein.
- 527 • I : Hum.
- 528 • M : C'est pas du, c'est pas .... quoi que le ressenti c'est important, mais euh.... Ouais,  
529 j'ai pas de reproche de la part des patients à l'égard de l'ERET, hein.

- 530
- I : D'accord.
- 531
- M : Donc, moi, j'ai pas deeeee, de, de griefs à l'égard de l'ERET, en tant que, en tant
- 532
- que médecin. Ici, moi, avec mes collègues, euh, quand on a besoin d'échanger, c'est
- 533
- facile, hein. Dans le couloir, on a la salle de repos et puis on discute.
- 534
- I : Hum
- 535
- M : Euh, non, je vois pas trop, euh. Ben, pour moi, ce qui faut, faut que ça reste en
- 536
- local, faut que ça reste de proximité.
- 537
- I : D'accord.
- 538
- M : Euh, si on fait des ateliers trop loin, c'est pas bon, et euh, c'est la place de
- 539
- généraliste, hein, moi, pour moi, la, notre, notre fonction en tant que médecin
- 540
- généraliste, c'est à proximité des gens, on est au milieu d'eux. C'est pas ailleurs qu'on
- 541
- doit être. Si on n'est plus au milieu d'eux, on n'est plus médecin généraliste, quoi, on
- 542
- n'est plus médecin. Alors on l'appelle comme on veut, médecin traitant, médecin
- 543
- réfèrent, médecin de famille, médecin de campagne, on s'en fout.
- 544
- I : Hum.
- 545
- M : Médecin de quartier, parce que à Paris, ça serait des médecins de quartier, ou dans
- 546
- les grandes villes. Mais les gens ont besoin de savoir qu'on est là, et qu'on est au milieu
- 547
- d'eux et avec eux. Quand ils nous croisent dans la rue, ils sont contents. Et, je pense
- 548
- que c'est la même chose pour les soins.
- 549
- I : Hum hum. Donc pour vous, c'est important de garder toutes les antennes de l'ERET
- 550
- ?
- 551
- M : Ah oui, oui, oui. Ah, je suis euhh, contre le, le truc à distance. Ça, j'en ai ma claque,
- 552
- hein. Ça fait 40 ans qu'on vit le ..., qu'on éloigne tout comme ça. Où on ferme les
- 553
- hôpitaux, on ferme tout. Y'a plus de spécialistes, et là le summum, alors quand je dis
- 554
- ça, je sais que vous êtes jeune, et que certainement, vous y voyez un ... quelque chose
- 555
- de bien, mais quand je vois par exemple la télé-médecine. Alors, autant la télé-médecine
- 556
- peut être un outil fantastique pour nous faciliter le travail, de manière à avoir un avis
- 557
- simple sur un, un ECG, une radio ou des lésions cutanées, ou un truc... Mais la télé
- 558
- consultation (buste en avant et mains en l'air), quand j'entends une télé consultation,
- 559
- pour un acte médical qui nécessite pas d'examen, je me dis mais attendez... la santé
- 560
- qui nécessite pas d'examen... C'est quoi ça ? Où est-ce qu'on est là ? Euh... Ouais,
- 561
- c'est le .... enfin.... et ça, c'est éloigner les gens, c'est éloigner du médecin et euh...,
- 562
- alors évidemment, ça peut être très bien, ça peut aider, mais quand on veut vous faire
- 563
- passer ça comme euh..., l'avenir de la santé, moi je veux bien hein, moi je serai plus
- 564
- sur le marché, hein. Je serai sans doute un de ceux qui, qu'on utilisera pour faire de la
- 565
- télé-médecine. Mais, euh..., je m'arrête dans neuf mois hein.
- 566
- I : D'accord.
- 567
- M : Je fais déjà du rab, euh..., on sort un peu du sujet-là mais je ne sais pas où on va,
- 568
- mais c'est désespérant. Allez, je vais m'arrêter, parce que vous, vous êtes jeunes, et
- 569
- vous devez y croire en notre beau métier.
- 570
- I : Oui.
- 571
- M : Faut vous battre, et rien lâcher, et ce qui est important, enfin, moi je pense, c'est
- 572
- que les gens vous sentent proche d'eux. Moi, quand je fais les ateliers à l'ERET, je
- 573
- vous dis, je le prends sur mon temps libre, c'est pas pour le pognon, hein, parce que
- 574
- deux heures ou trois heures de boulot, c'est cinquante euros, hein, alors vous pensez.
- 575
- Je ferai mieux faire des consult à ce prix-là. Mais euh, c'est euh, que les gens vous
- 576
- sentent proche, c'est important pour eux.
- 577
- I : D'accord.
- 578
- M : Alors, je sais pas ce qui ressort de votre thèse.
- 579
- I : Oui, c'est bien, c'est intéressant de voir les différents euh..., après j'en ai pas fait
- 580
- beaucoup encore d'entretiens. Là, vous êtes mon troisième, donc, euh, je vais voir...
- 581
- Mais, c'est bien, il y a des choses qui ressortent différentes de chaque, différentes de
- 582
- chaque entretien.

- 583
- M : En tout cas, bon courage.
- 584
- I : Je vous remercie.

- 1 ENTRETIEN N°4 : Homme de plus de 50 ans, installé seul depuis 37 ans, en secteur rural. Il  
2 n'a pas de formation à l'ETP ni implication universitaire.  
3  
4 (tout le long de l'entretien, mains croisées, index relevés en se tenant la tête)  
5  
6 • I : Bonjour, je fais ma thèse sur le diabète de type 2 et sur l'ERET.  
7 • M : D'accord.  
8 • I : Donc, euh, juste par curiosité, depuis combien de temps vous exercez ici ?  
9 • M : Alors, euh, 81, donc ça fait trenteee sept ans.  
10 • I : D'accord.  
11 • M : Bientôt 38.  
12 • I : Ok. Et vous envoyez vos patients depuis quand, euh, à l'ERET ?  
13 • M : Alors, l'ERET, ben depuis que je connais l'ERET, c'est à dire depuis à peu près,  
14 euh, pfff, (pause et yeux en l'air), je dirais depuis sept, huit ans, hein.  
15 • I : D'accord.  
16 • M : Alors que ce soit l'ERET, de comment, de telle ville, ou à telle ville, parce que moi,  
17 je suis au milieu.  
18 • I : Ah oui, vous êtes pile entre les deux.  
19 • M : Donc je travaille avec les deux.  
20 • I : D'accord.  
21 • M : Voilà.  
22 • I : D'accord. C'est selon où habitent vos patients, en fait que... ?  
23 • M : ... Voilà. En fonction des patients...  
24 • I : ...D'accord...  
25 • M : ...et puis de leur facilité de déplacement. Et puis, y'a des gens qui sont plus attirés  
26 par telle ville, d'autres par telle ville. Donc à ce moment-là, j'envoie sur.... sur les deux  
27 secteurs.  
28 • I : D'accord. D'accord. Et vous adressez uniquement dans le cadre du diabète ou vous  
29 faites...  
30 • M : Ah non, non, y'a l'obésité, le surpoids.  
31 • I : Oui.  
32 • M : Et en cardio aussi.  
33 • I : D'accord. Ok, euh.... et vous avez à peu près combien de patients, vous pensez,  
34 pour le diabète, qui...  
35 • M : ...Alors là, je sais pas. J'ai pas, j'ai pas sorti mes trucs... Je dois en avoir trois  
36 quatre, au moins, sur le diabète.  
37 • I : D'accord.  
38 • M : Autant en cardio.  
39 • I : D'accord.  
40 • M : Obésité, bon c'est ... C'est par période, quoi, en fait.  
41 • I : Hum hum.  
42 • M : Elles sont plus difficiles à conditionner.  
43 • I : D'accord.  
44 • M : Euh... Les femmes commencent, et puis un moment donné, ça va pas assez vite,  
45 elles s'arrêtent, et puis après, elles reprennent (fait un cercle avec son doigt).  
46 • I : Hum hum.  
47 • M : Je pense que le cardiaque et le diabétique sont "UN PEU" plus conciliant (sourire)  
48 • I : D'accord (sourire)  
49 • M : (Rires), je pense.  
50 • I : Et, euh, par rapport aux diabétiques, euh, vous adressez qui comme diabétique à  
51 l'ERET ?  
52 • M : Les, les types 2, surtout  
53 • I : Les types 2.

- 54 • M : Les types 2, ouais.
- 55 • I : Donc, tout type 2, vous proposez l'ERET ou c'est ...
- 56 • M : ... Non, c'est pas systématique, c'est en fonction un petit peu de, ... la plupart du
- 57 temps, lorsqu'il y 'a un petit peu de surpoids, y'a un petit peu de choses comme ça,
- 58 donc on, on passe par euh, le, le surpoids, pour, euh, ... pour leur donner un petit peu
- 59 les conseils, leur faire accepter les conseils, un petit peu des régimes, les conseils
- 60 diététiques et tout ça.
- 61 • I : D'accord. Oui, donc c'est pour vous aider au niveau de l'observance
- 62 • M : (hochement de tête), (répète) de l'observance... Et de l'adhésion.....Et les motiver,
- 63 euh, c'est... ceux qui adhèrent, ça, ça les motive un petit peu à, àààààààààà suivre
- 64 un petit peu le régime, à faire un peu attention.
- 65 • I : D'accord.
- 66 • M : Parce que y'a, y'a, y'a... c'est pas un contrôle, mais comme y'a des comptes à
- 67 rendre, comme il faut l'adhésion des gens... Faut faut quand même montrer qu'on a....
- 68 qu'on a envie de participer.
- 69 • I : D'accord... D'accord.
- 70 • M : Alors y'a des gens qui sont complètement obtus, hein. Alors ceux-là, bon.
- 71 • I : Oui.
- 72 • M : Ils veulent pas euh,
- 73 • I : Ouais.
- 74 • M : Ils veulent leurs médicaments pour le diabète point.
- 75 • I : Hum, hum.
- 76 • M : Point à la ligne, ça s'arrête là.
- 77 • I : Hum. D'accord. Et ceux-là, vous n'arrivez pas à les faire adhérer à l'ERET ?
- 78 • M : Non, non. C'est ceux qui en auraient le plus besoin mais y'a rien à faire. Ils refusent
- 79 tout. Ils veulent leurs médicaments point.
- 80 • I : Est-ce que vous avez l'impression que ça aide les patients à mieux comprendre leur
- 81 maladie ?
- 82 • M : (pause de réflexion) Moi je pense que oui, parce que ceux qui y vont sont assez
- 83 motivés, donc ça, ça les aide à, à, à, à prendre conscience un petit peu, des risques
- 84 surtout.
- 85 • I : D'accord.
- 86 • M : Des risques. Nous on a beau leur répéter que, ben, le diabète c'est pas qu'un
- 87 problème de sucre, c'est un problème d'artères, c'est un problème de cœur, c'est un
- 88 problème de, de surpoids, y'a, y'a plein d'organes, les reins, qui souffrent aussi. Et, et,
- 89 comme ils en discutent, comme ils voient d'autres patients, euh, y'a parfois des
- 90 patients, qui ont eux déjà, des complications.
- 91 • I : Hum.
- 92 • M : Ça peut quand même les intéresser.
- 93 • I : Hum hum. (pause). Et ben justement, en parlant des complications, est-ce que vous
- 94 avez l'impression que ceux qui vont à l'ERET ont moins de complications ?
- 95 • M : (pause) Difficile à dire. (pause) C'est difficile à dire, euhhhh, on a déjà des gens qui
- 96 ont, euh, un certain nombre de complications, d'autres qui n'en ont pas ...
- 97 • I : D'accord.
- 98 • M : C'est vraiment très aléatoire.
- 99 • I : Mais une fois, dans le programme, ils n'ont pas moins d'évolution dans leurs
- 100 complications, je veux dire.
- 101 • M : Je pense que c'est trop tôt pour pouvoir voir une différence dans les complications,
- 102 euh, faudrait voir au long terme, euh... je suis pas sûr que ça joue.
- 103 • I : D'accord, ok. Avec, les pa... les patients, qui ne font pas partie de l'ERET, est-ce que
- 104 vous voyez un, une différence au niveau clinique, (pause) euh la tension, le profil
- 105 lipidique et cetera ?

- 106 • M : (pause) Les, les patients qui sont pas..., enfin qui refusent un petit peu d'être  
107 accompagnés, ouais, on voit des relâchements au niveau des, des bilans biologiques,  
108 ouais. Ces gens-là, ils veulent pas de l'ERET.
- 109 • I : D'accord. Donc, vous, vous pensez que c'est plus un biais de sélection, que  
110 leeeeeeeee, que l'effet de l'ERET en lui-même en fait ?
- 111 • M : Ouais. C'est ça.
- 112 • I : D'accord. Ok. ... Est-ce que.. ils adhèrent plus à ..., au fait qu'il y ait une part  
113 importante non médicamenteuse, dans leur traitement du diabète, en fait ?
- 114 • M : (parle tout bas en se frottant la moustache) Oui, est-ce que le fait de..., je sais pas  
115 si ça...(pause) Ils ont besoin de leurs médicaments, ça c'est sûr.
- 116 • I : Hum hum.
- 117 • M : Est-ce que ça apporte un plus, je pense que oui, quand même. Ça doit apporter un  
118 plus, parce que ... ils se rendent compte qu'il y a pas que le médicament en fait, pour  
119 ...
- 120 • I : Hum, hum.
- 121 • M : Ils, ils se rendent compte que le régime, le fait de faire attention à leur hygiène,  
122 c'est, c'est quand même quelque chose d'important.
- 123 • I : Hum.
- 124 • M : les motiver aussi pour refaire un petit peu d'activités physiques, euh, avec ça, y'a  
125 des, des, des rencontres. Parfois, on voit des gens qui se remettent à la marche, qui  
126 se remettent à faire des activités donc c'est... je pense que c'est un plus quand même.
- 127 • I : D'accord. Oui, donc ils acceptent mieux leur, euh, leur pathologie...
- 128 • M : Oui leur diabète, leur pathologie.
- 129 • I : D'accord. Ok. Est-ce qu'ils ont une meilleure adhésion au parcours de soins ?
- 130 • M : Comment ça ?
- 131 • I : Chez... Voir les spécialistes, les ...
- 132 • M : Là, je pense que ouais, ça peut avoir une incidence, quand on veut, quand on leur  
133 dit "n'oubliez pas votre ophtalmo tous les ans", quand on leur fait le courrier, euh, ils y  
134 vont, hein. D'autres diabétiques, ils ont le courrier, ils ont tout ça et puis euh, on les  
135 revoit régulièrement, "ah ben oui, je vais y aller, je vais y aller", et puis, euh, deux ans  
136 après, ils ont toujours pas fait.
- 137 • I : Oui.
- 138 • M : Là, je pense que c'est ...Les, les patients qui rentrent dans ce circuit-là, euh, arrivent  
139 à se conditionner un petit peu.
- 140 • I : D'accord.
- 141 • M : Et, et accepter les, les examens complémentaires.
- 142 • I : D'accord. Ok. Au niveau psychique, est-ce que vous avez l'impression que ça leur  
143 apporte quelque chose ?
- 144 • M : (Pause, grimace dubitative) Je sais pas. Est-ce qu'ils ont un plus ? Parce qu'on  
145 parle beaucoup, moi je parle beaucoup avec eux, donc euh... Je sais pas si ça leur  
146 amène vraiment un plus, hein.
- 147 • I : Hum.
- 148 • M : Bon. Ils peuvent peut-être se sentir mieux dans leur tête, et ils le verbalisent pas.
- 149 • I : D'accord. Avec vous, ils en parlent pas
- 150 • M : Oui. Oui, peut-être. Voilà
- 151 • I : D'accord. Et justement, vous en parlez avec eux des ..., des ateliers qu'ils effectuent  
152 au ... à l'ERET, ou pas ?
- 153 • M : Oui. De temps en temps, je parle avec eux, ouais, de ça.
- 154 • I : D'accord.
- 155 • M : De savoir un petit peu ce qu'ils font comme activités, ce qui, ce qu'ils font comme  
156 euh, ben, comme rencontres. Est-ce qu'ils ont bien suivi leur programme ?
- 157 • I : Hum hum. D'accord, ok. Et est-ce que vous vous en servez pour, euh, ...dans vos  
158 consultations ?

- 159 • M : Comment ça ?
- 160 • I : Est-ce que vous vous en servez pour, euh..., ben pour les motiver, pour les ...
- 161 • M : Ouais, c'est, c'est, .... Bon, quand ils m'expliquent tout ça, je dis "faut continuer,
- 162 c'est bien, euh ... vous êtes dans la bonne voie". On essaie un petit peu tout pour ...
- 163 pour les faire adhérer (rires)
- 164 • I : Ben oui. (sourire)
- 165 • M : Les revaloriser un petit peu par rapport à ça. Les flatter un peu.
- 166 • I : Hum hum.
- 167 • M : Ils sont contents quoi.
- 168 • I : D'accord. (pause). Et est-ce que vous ... vous trouvez que les retours de l'ERET sont
- 169 judicieux ? (pause) Le courrier que vous recevez, est-ce que vous ... ?
- 170 • M : En général, c'est bien fait, on reçoit des petites fiches, euh, qui ... qui sont très
- 171 succinctes, mais c'est bien. Parce que bon, euh..., on aurait des gros courriers, des
- 172 trucs, pfff, bon... Mais là, on a des trucs très point...Enfin, avec objectifs atteints, pas
- 173 atteints. Donc ça, c'est .... Ouais.
- 174 • I : Donc ça vous paraît plutôt pratique sous ce format-là ?
- 175 • M : Ouais.
- 176 • I : D'accord. Et quand l'objectif n'est pas atteint, est-ce que vous...
- 177 • M : ... Ben on va en recauser.
- 178 • I : D'accord. Oui, vous essayez de le ...
- 179 • M : On se dit, ben tiens, là y'a eu un couac, ou qu'est-ce qui s'est passé ? "ben j'ai
- 180 oublié de venir, ou j'y suis pas allé"
- 181 • I : Hum.
- 182 • M : Ou "ça fait un mois que j'y suis pas allé", bon ben
- 183 • I : D'accord.
- 184 • M : On essaie de les remotiver un petit peu quoi.
- 185 • I : D'accord. Est-ce que, depuis vos premières prescriptions de l'ERET, vous en
- 186 prescrivez à plus de patients qu'avant ?
- 187 • M : (Réflexion) Ben j'y pense plus facilement, ouais, effectivement. J'y pense plus
- 188 facilement, euh, pas pour les diabétiques, mais en, en ...
- 189 • I : En règle générale.
- 190 • M : En règle générale ouais.
- 191 • I : D'accord.
- 192 • M : Quand les gens sont demandeurs d'une aide, ben je leur dis "tiens, ce serait bien
- 193 de passer par ce système-là, parce que c'est un système vraiment complet global, euh,
- 194 ..., y'a plusieurs intervenants". C'est, c'est bien aussi pour les patients d'avoir plusieurs
- 195 personnes.
- 196 • I : D'avoir plusieurs personnes ressources
- 197 • M : Oui.
- 198 • I : Oui, pour vous c'est important de ne pas avoir que la relation...
- 199 • M : ...Voilà...
- 200 • I : ... "médecin patient" unique
- 201 • M : Voilà, tout à fait.
- 202 • I : D'accord. D'accord. Et, euh.... Est-ce que c'est quand le patient est demandeur, ou
- 203 quand vous voyez que le patient, euh, a besoin, sans qu'il vous en parle, vous essayez
- 204 de lui en parler ? (rire) C'est pas très français, ce que je raconte là.
- 205 • M : Non, non (rire). Y'a les deux. Parfois les gens, euh, demandent, et parfois c'est moi
- 206 qui leur demande. J'ai, j'ai pas ... Je pense que c'est, c'est pas moitié moitié, mais...
- 207 Y'a des fois, où c'est les patients qui ont entendu parler, des voisins, ou... Ils disent
- 208 "tiens j'aimerais bien avoir une aide". Donc, là, on, on, on propose ça. Ou parfois, c'est
- 209 moi qui propose quand je vois que ça, que ça décroche.
- 210 • I : Hum hum.
- 211 • M : Qu'ils, qu'ils sont pas trop trop participants, aux conseils que je leur donne quoi...

- 212 • I : D'accord. Quand vous trouvez qu'ils sont pas assez actifs, en fait.
- 213 • M : Oui, voilà.
- 214 • I : D'accord. Ok. D'accord. Est-ce que vous avez remarqué si les patients ont des
- 215 attentes différentes euh ....., par rapport..., une fois qu'ils sont passés à l'ERET ?
- 216 • M : (Pause, grimace de réflexion et yeux plissés) Dans les résultats, ou dans les
- 217 attentes, dans ... (pause)
- 218 • I : Non, pas spé...
- 219 • M : ...Pas spécialement.
- 220 • I : Enfin, pas spécialement dans les résultats, mais plus des attentes, euh, ben sur leur
- 221 prise en charge en fait.
- 222 • M : (De nouveau pause) Euh. J'ai pas l'impression. J'sais pas si y'a des attentes
- 223 vraiment différentes.... Est-ce qu'ils sont plus demandeurs d'autre chose après.....
- 224 Non, ils peuvent être un petit plus motivés, effectivement, pour réaliser des examens
- 225 complémentaires, ça oui.
- 226 • I : D'accord.
- 227 • M : Mais, pour moi, c'est pas une attente, c'est, c'est une logique, quoi.
- 228 • I : Hum.
- 229 • M : Ça, ça... ça découle. C'était un petit peu le but. C'est de les motiver pour euh, pour
- 230 accepter de se suivre.
- 231 • I : Ben oui.
- 232 • M : Au niveau des, des spécialistes, voilà.
- 233 • I : Oui. Donc ça, vous avez vraiment remarqué par contre ?
- 234 • M : Ça, ouais. Ça, ça peut aider ouais. Ça aide.
- 235 • I : D'accord. D'accord. Ils ont une meilleure, un meilleur suivi, un meilleur...
- 236 • M : .... Un meilleur suivi, parce que en fait, là aussi, y'a, y'a, y'a les intervenants, mais
- 237 aussi, les, les gens qu'ils rencontrent. Les autres diabétiques, qui eux, ben, parlent.
- 238 Entre eux.
- 239 • I : Hum. Oui, donc pour vous, le..., l'important ce n'est pas uniquement de rencontrer
- 240 que des intervenants professionnels, c'est aussi...
- 241 • M : Non, voilà, que les gens prennent conscience de, de leur maladie, mais par rapport
- 242 à d'autres patients aussi. Et puis, voir que d'autres arrivent à, à, à, à avoir des résultats
- 243 en faisant attention, en se motivant, et en se prenant bien en charge, en fait, hein.
- 244 • I : Hum. D'accord. Donc vous, il y a aussi une part sociale un petit peu...
- 245 • M : ...Sociale, oui voilà.
- 246 • I : D'accord. Ok. Est-ce que vous avez remarqué si y'a des côtés néfastes chez certains
- 247 patients ?
- 248 • M : Comment ça ?
- 249 • I : Comme un effet anxiogène, ou autre ?
- 250 • M : Par rapport à la prise en charge ?
- 251 • I : Oui. Une fois qu'ils sont rentrés dans l'ERET ?
- 252 • M : Non, je crois qu'ils ... Pas d'effet anxiogène. Ou, il y a des gens qui, très
- 253 rapidement, ne veulent pas, euh, rentrer parce que, parce que ils veulent pas se, se
- 254 remotiver ou se surmotiver mais c'est pas de l'anxiété. C'est plus, parce que c'est de
- 255 la fuite, pour moi.
- 256 • I : Hum.
- 257 • M : C'est pas de l'anxiété. Mais, c'est plutôt fuir un système qui va les contraindre.
- 258 • I : Hum.
- 259 • M : Etttttt, et c'est vrai que, la contrainte certains ne l'aiment pas.
- 260 • I : D'accord. Est-ce que c'est parce que ils ont pas accepté leur, euhhh, leurrrr
- 261 pathologie chronique, ou c'est plus qu'ils ont pas envie d'un suivi...
- 262 • M : ...Ben, ils ont pas envie d'un suivi, ... je pense que s'ils n'ont pas envie d'un suivi,
- 263 c'est qu'ils n'ont pas accepté, ou ils n'ont pas pris conscience...
- 264 • I : ...Hum conscience... (hochement de tête)

- 265 • M : ...de de de leur pathologie.
- 266 • I : Hum.
- 267 • M : Bon, ils ont un diabète, euh. On leur a dit qu'y'a des médicaments. Ils veulent des
- 268 médicaments et ça s'arrête là, quoi.
- 269 • I : D'accord
- 270 • (sonnerie de tél du cabinet, ne répond pas)
- 271 • M : Ces gens-là, on a de la peine à leur faire faire d'autres examens, en plus.
- 272 • I : Hum. Est-ce que les meill..., (sonnerie de nouveau, ne répond pas) les malades,
- 273 pardon, perçoivent des meilleurs résultats d'un point de vue euh, clinique, euh
- 274 psychique, euh, social ? Est-ce que, eux-mêmes, se sentent mieux ?
- 275 • M : Ouais, ils se sentent mieux. Moi, je pense que les gens qui y adhèrent, et qui ont,
- 276 qui sont rentrés dans le système, se sentent mieux après.
- 277 • I : D'accord. Et de quel point de vue, ils se sentent mieux ? En quoi ils se sentent mieux,
- 278 est-ce que vous savez ?
- 279 • M : Ça va être euh... pas uniquement par rapport aux chiffres ou par rapport aux
- 280 résultats euh purs, de la glycémie ou de l'hémoglobine glyquée. Mais, ça va être plus
- 281 parce que, ben, ils sont un peu plus actifs, ou ils ont envie de faire des choses. Ils se
- 282 ... ils se sociabilisent un petit peu plus.
- 283 • I : D'accord.
- 284 • M : C'est surtout dans ce, à ce niveau-là.
- 285 • I : D'accord.
- 286 • M : Alors si y'a des résultats, si y'a des preuves euh, biologiques, ou des preuves
- 287 écrites, c'est, c'est encore mieux, hein.
- 288 • I : Oui. Hum.
- 289 • M : Mais je pense que c'est pas le, c'est pas le principal.
- 290 • I : D'accord.
- 291 • M : Quand on leur dit "ben c'est bien, euh, vos glycémies sont mieux, l'hémoglobine est
- 292 mieux", (négation de la tête) j'ai pas l'impression ...qu'ils soient vraiment contents. Ils
- 293 sont plus contents quand ils nous disent : "je peux remarquer, je peux jardiner, je peux
- 294 faire une balade"
- 295 • I : Hum hum. D'accord, d'accord. Donc, y'en a justement, pour qui les chiffres ne sont
- 296 pas mieux, mais ils ont quand même...
- 297 • M : ... Une sensation de mieux, de mieux se sentir.
- 298 • I : De mieux être, ok. D'accord. Est-ce que vous avez remarqué si ça joue au niveau
- 299 de leur autonomie par rapport aux soins ?
- 300 • M : Si les gens, euh, ouais..... Je pense que les gens, euh, refont plus de choses à la
- 301 maison.
- 302 • I : Hum hum.
- 303 • M : Ça joue sur l'autonomie, non seulement, au niveau de, euhhhh, de de de, du travail
- 304 ménager, mais même parfois à l'extérieur. Ils vont, ils vont, peut être parfois marcher
- 305 un peu plus, peut être aller faire leurs courses plus facilement.
- 306 • I : D'accord. Donc ça change leurs habitudes de vie ?
- 307 • M : Ça peut changer leurs habitudes de vie, oui.
- 308 • I : D'accord.
- 309 • M : Ils sentent que voilà, ils ont, ils ont un peu plus de tonus, comme ils disent.
- 310 • I : Hum. Hum. Oui, vous avez l'impression qu'ils se sentent plus soutenus entre
- 311 guillemets...
- 312 • M : ...Voilà, voilà.
- 313 • I : D'accord. D'accord. Et au niveau par exemple des contrôles glycémiques, ou des
- 314 choses comme ça, est-ce que vous avez l'impression qu'ils en font plus une fois qu'ils
- 315 sont dans cette association-là ?
- 316 • M : Je sais pas. Parce que j'essaie moi de leur en faire régulièrement. J'essaie de leur
- 317 faire faire tous les trois mois et minimum deux par an.

- 318 • I : Hum hum.
- 319 • M : Chez les rebelles, environ, deux par an. Sinon, c'est tous les trois, trois quatre mois,
- 320 j'arrive quand même à les faire. J'ai pas l'impression que j'ai, que j'ai plus de
- 321 surveillance, hein.
- 322 • I : D'accord. D'accord. (Pause). Mais je parlais des contrôles d'auto surveillance qu'ils
- 323 font eux même, le dextro. Est-ce qu'ils sont plus autonomes ? Est-ce qu'ils en font plus
- 324 qu'avant ?
- 325 • M : Autonome oui, ça je dirais oui. Mais, pour la fréquence de la surveillance, je pense
- 326 pas que ça change grand-chose.
- 327 • I : D'accord. Justement, comme on disait juste avant, en parlant de tous les trois ou
- 328 quatre mois, là par rapport à l'hémoglobine glyquée. Vous en pensez quoi vous, de ce
- 329 marqueur ?
- 330 • M : Ben, je trouve qu'il est important, il est très important parce que ça donne quand
- 331 même un bon reflet global. Il évite les surprises. Si on fait qu'une glycémie à jeun, il
- 332 suffit qu'il prenne la veille ou l'avant-veille, un peu plus d'é, d'éléments, euh, sucrés, ou
- 333 glucidiques et ça va être perturbé. Alors que leur hémoglobine glyquée peut être
- 334 correcte.
- 335 • I : D'accord.
- 336 • M : Et inversement, y'a des gens qui, parfois, ont des glycémies plutôt correctes, et on
- 337 se rend compte, qu'ils prennent qu'à certains moments quand ils sont sûrs que leur
- 338 glycémie va être bien. (rire)
- 339 • I : (Rire).
- 340 • M : Donc euh, c'est bien comme marqueur.
- 341 • I : Et est-ce que vous pensez qu'ils perçoivent bien ce chiffre d'hémoglobine glyquée,
- 342 eux ?
- 343 • M : Alors on essaie de leur expliquer. Euh, ouais, j'ai l'impression que .... ça rentre
- 344 beaucoup mieux dans l'esprit du diabétique.
- 345 • I : D'accord.
- 346 • M : Cette hémoglobine glyquée, elle, elle, elle a.... C'est un marqueur qui, qui les motive
- 347 quand même hein.
- 348 • I : D'accord.
- 349 • M : Ouais.
- 350 • I : Vous, vous avez l'impression, ... vous vous en servez pour les motiver ?
- 351 • M : Ah, moi je m'en sers pour les motiver. Quand ça monte, bon on en discute un peu.
- 352 • I : Hum hum.
- 353 • M : On essaie de comprendre pourquoi.
- 354 • I : D'accord. D'accord. Vous avez l'impression qu'ils sont réactifs à ce chiffre-là.
- 355 • M : Ah ouais, ouais, ouais.
- 356 • I : D'accord.
- 357 • M : Mais je pense que c'est aussi le fait que pendant... je leur ai toujours présenté
- 358 l'hémoglobine glyquée comme un marqueur, comme quelque chose d'important, et que
- 359 si ça montait, c'est que c'était pas bon.
- 360 • I : D'accord.
- 361 • M : Et ils l'ont déjà pigé depuis euh... depuis toujours quoi.
- 362 • I : D'accord. Ok, donc vous vous en servez un peu pour les motiver quand vous voyez
- 363 qu'ils sont plus, euh, ben qu'ils sont moins acteurs dans leur ...
- 364 • M : ...Moins acteurs voilà. Moins acteurs dans leur, moins acteurs dans leur prise en
- 365 charge, oui.
- 366 • I : D'accord. Ok. (pause). Est-ce que vous gérez votre consultation différemment une
- 367 fois qu'ils sont allés à l'ERET ?
- 368 • M : Non, pas spécialement.
- 369 • I : Non...
- 370 • M : J'aborde toujours de la même façon.

- 371 • I : D'accord. Vous n'avez pas l'impression que la consultation prend plus ou moins de  
372 temps, euh, ...
- 373 • M : Non. Parce que je pense que .... Mon temps, il, il. Je le prends en fonction de  
374 chaque individu.
- 375 • I : D'accord.
- 376 • M : C'est ...J'ai des consultations qui peuvent durer trois quart d'heure.
- 377 • I : D'accord.
- 378 • M : Et ça je ne le sais pas en avance.
- 379 • I : Hum hum.
- 380 • M : Parce que c'est des choses qui sont pas .... on va ouvrir à un moment donné quand  
381 on va poser certaines questions, donc euh.
- 382 • I : Hum hum.
- 383 • M : Sur des consultations, qui seraient au départ des consultations de renouvellement,  
384 banales, ben, ça se transforme en ... en autre chose (sourire).
- 385 • I : Oui. Hum hum.
- 386 • M : Je ne le sais pas en avance.
- 387 • I : Oui. Vous rebondissez selon ce que le patient vous dit.
- 388 • M : Voilà, tout à fait.
- 389 • I : D'accord. D'accord. Et est-ce que vous avez remarqué s'il vous pose plus de  
390 questions lui ?
- 391 • M : (pause) Bonne question, (sourire). Certains patients vont en poser comme ça des  
392 questions après, mais c'était déjà des patients qui se posaient des questions avant.  
393 Y'a, y'a des gens qui, qui essaient toujours d'approfondir. Et d'autres non, ils vont être  
394 plus passifs comme on dit.
- 395 • I : Hum. D'accord...
- 396 • M : Mais dans l'ensemble, ils sont ... Y'en a peu qui me posent beaucoup de questions,  
397 enfin qui, qui essaient d'approfondir un petit peu le sujet et qui essaient et qui arrivent  
398 avec des questions un petit peu précises.
- 399 • I : D'accord. Et quand ils posent des questions, c'est pour euh, leur compréhension à  
400 eux, ou vous avez l'impression que vu qu'ils ont plusieurs intervenants, ils, ils essaient  
401 de mettre, pas en doute les paroles, mais ils essaient de voir si...
- 402 • M : ... alors, ça peut être aussi, ça peut être aussi ça, effectivement, pour savoir si tout  
403 le monde dit à peu près la même chose, euhhhh, ça peut être aussi parfois pour  
404 négocier des choses (rires), c'est à dire que, euh, euh, négocier des traitements,  
405 "comment, si ça va un peu mieux, je pourrai peut-être baisser, je pourrai peut-être,  
406 euh..." voilà.
- 407 • I : D'accord.
- 408 • M : C'est, c'est ce genre de choses-là.
- 409 • I : D'accord.
- 410 • M : Et on a peu de patients qui font. Ceux-là, ceux qui font ça, c'est des patients qui  
411 essaient toujours d'être, de minimiser un petit peu leur, leur pathologie.
- 412 • I : Hum, d'accord.
- 413 • M : Et ils ont l'impression que si on baisse, ben ça ira mieux.
- 414 • I : Hum.
- 415 • M : C'est que leur pathologie est moins grave.
- 416 • I : Oui, ils sont encore vraiment ancrés dans le médicament en fait.
- 417 • M : Voilà.
- 418 • I : D'accord. Et est-ce que les patients de l'ERET se rendent compte justement de  
419 l'importance de la prise en charge non médicamenteuse ?
- 420 • M : Oh ben oui, oui. C'est ce qu'on dit depuis le début oui.
- 421 • I : Et est-ce que vous avez l'impression que les patients qui, qui sont passés à l'ERET,  
422 euh, le perçoivent de manière positive ou pas ?
- 423 • M : Ah oui, en majorité, oui.

- 424
- I : D'accord.
- 425
- M : Ah oui. Ceux qui ne le perçoivent pas de façon positive, euh, quittent le système rapidement, j'ai l'impression que, ils vont faire deux trois séances, et puis après ils disparaissent.
- 426
- 427
- I : D'accord.
- 428
- M : C'est à dire que l'ERET les voit plus. Et puis, moi quand j'en parle, et ben ils en parlent pas, ou ils disent "ben oui ou moi je ..." et puis en fait au bout d'un certain temps on se rend compte que... avec les rapports que (rires), ils ont quitté le système, quoi.
- 430
- 431
- I : D'accord. Et est-ce qu'ils vous disent les raisons pour lesquelles ils sont partis, ou pas spécialement ?
- 432
- 433
- M : Alors, pffffff. C'est parce que ... parfois, c'est les raisons pas trop défendables alors euh "pas le temps", ou alors euh, "ben non, j'avais autre chose à faire", et puis euh, "bon ben ça m'apporte rien".
- 434
- I : Hum hum.
- 435
- M : C'est des gens, qui n'ont jamais essayé de se remettre en cause, quoi.
- 436
- I : Hum.
- 437
- M : La plupart du temps c'est ça.
- 438
- I : Hum.
- 439
- M : Pas se remettre en cause et pas remettre en cause leur maladie. Ils prennent leur maladie comme n'importe quel type de maladie. On leur a diagnostiqué, donc on doit leur trouver la solution, pour eux. C'est des gens assez passifs.
- 440
- I : D'accord. Oui, donc pour vous, ils s'étaient dit l'ERET c'est la solution à mon problème, et quand ils ont vu que...
- 441
- M : ...qu'on leur demandait, voilà, aussi de participer, euh, là ça va plus (rires).
- 442
- I : D'accord. D'accord. Ok. Donc, en fait, c'est des gens qu'ont pas encore, euh, accepter leur statut de pathologie chronique, en fait.
- 443
- M : Voilà, alors c'est des gens parfois, qui sont diabétiques depuis très longtemps, hein, mais qui n'ont jamais accepté la, la maladie. Enfin, qu'ils n'ont pas... c'est pas qu'ils n'ont pas accepté, enfin ... Je sais pas comment définir. Euh, pour eux, ils ont une affection, comme n'importe quoi, et c'est un système médical, qui doit trouver une solution.
- 444
- I : D'accord.
- 445
- M : Pas eux.
- 446
- I : Hum. D'accord, et vous, vous percevez comment l'ERET ?
- 447
- M : Ben comme un bon soutien, quoi.
- 448
- I : Hum, hum. Ça vous aide en quoi ?
- 449
- M : Ça nous aide ben, en plus, je pense que, ça, ça, ça.... ben, parfois, effectivement, ça nous décharge de la consultation, ou d'une partie un peu longue, parce qu'ils s'occupent finalement de prendre en charge des gens, de re discuter, de reposer les choses, de, de ré insister sur l'alimentation, sur des choses comme ça. Et ça, ça nous soulage de ce côté-là.
- 450
- I : Hum hum.
- 451
- M : On a parfois l'impression de les enquiquiner. Parce qu'on a l'impression, que parfois ils nous écoutent plus.
- 452
- I : D'accord.
- 453
- M : Ça rentre dans une oreille et ça ressort aussitôt par l'autre.
- 454
- I : D'accord. Oui, vous trouvez que dans une consultation, y'a, y'a trop de messages à faire passer et qu'au bout d'un moment...
- 455
- M : ...Voilà. Ou alors, que le message, ils veulent plus l'entendre (rires). Donc, quand c'est dit par quelqu'un d'autre, euh, ça peut avoir un réveil.
- 456
- I : Hum hum.
- 457
- M : Comme une sorte de réveil.
- 458

- 476 • I : D'accord. Donc pour vous, le travail pluridisciplinaire, avec plusieurs intervenants et  
477 plusieurs spécialités, c'est ça qui a un intérêt ?
- 478 • M : Je pense qu'on, qu'on peut pas ... on peut plus concevoir la médecine sans, sans  
479 activité extérieure.
- 480 • I : Hum, d'accord.
- 481 • M : Hein, on a notre propre travail à faire, enfin, ou notre propreeee, euh, vision des  
482 choses, au sein du cabinet, mais, maintenant, voilà, on a une ouverture d'esprit. Pour  
483 les gens, pour plus de connaissance aussi. Euh, même les patients, ils lisent, ils  
484 s'intéressent, y'en a qui vont voir aussi sur internet, à droite à gauche, et c'est important  
485 de, de, d'avoir, effectivement des soutiens extérieurs.
- 486 • I : D'accord. Ok (pause). Est-ce que vous avez l'impression que, ... vous avez le  
487 sentiment d'une valorisation, euh, suite à cette prise en charge ? Est-ce que vous avez  
488 l'impression que votre travail est plus valorisé ?
- 489 • M : Non, personnellement non. Parce que j'ai toujours trouvé... j'ai toujours considéré  
490 qu'on avait un beau métier et qu'on apportait des choses. Donc, non, j'en tire pas plus  
491 de...
- 492 • I : De satisfaction.
- 493 • M : Oui de satisfaction, voilà.
- 494 • I : D'accord. Ok.
- 495 • M : Euh, non, je suis content, si les gens participent, mais c'est pas ... c'est pas une  
496 valorisation. C'est, c'est simplement un aboutissement.
- 497 • I : D'accord. D'accord. On entend beaucoup parler en ce moment de "patient expert",  
498 de "patient ressource", est-ce que vous avez l'impression que le rôle du patient change,  
499 une fois qu'il fait partie de cette association-là ?
- 500 • M : Qu'il changerait dans quel domaine, parce que ...Est-ce qu'il change par rapport à  
501 nous, par rapport à notre relation, par rapport à quoi...
- 502 • I : Je sais pas, par rapport à votre relation par exemple.
- 503 • M : Je sais pas si, si, s'il change. Je pense que la relation, elle reste à peu près  
504 équivalente, euh.
- 505 • I : Vous avez pas l'impression que la relation médecin patient change après ce passage  
506 à l'ERET ?
- 507 • M : Non, c'est... c'est un plus, mais, on a... Je pense qu'on peut avoir les mêmes types  
508 de relation, les mêmes dialogues, les mêmes, les mêmes questionnements, la, la  
509 même franchise directe, hein.
- 510 • I : D'accord.
- 511 • M : Les patients, avec moi, savent qu'ils peuvent parler. Ils peuvent dire tout ce qu'ils  
512 veulent.
- 513 • I : D'accord. Mais, quand... une fois qu'il y est passé, vous ne voyez pas de changement  
514 entre le avant / après ? Pas forcément entre quelqu'un qui va à l'ERET et quelqu'un qui  
515 n'y va pas. Mais chez celui qui va à l'ERET, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a  
516 une évolution de cette relation ?
- 517 • M : (pause) Franchement je sais pas (rires).
- 518 • I : D'accord (sourire), c'est sûr que c'est pas facile comme question.
- 519 • M : Franchement, euh, moi je la sens pas, enfin, je vois pas de, d'évolution en bien ou  
520 en ...
- 521 • I : Ou en mal.
- 522 • M : Oui, ou en mal.
- 523 • I : D'accord. Parce que j'ai déjà interrogé certains médecins, qui me disaient qu'ils  
524 avaient l'impression qu'ils avaient une meilleure euh, ... une meilleure relation. Que le  
525 patient se sentait peut-être plus à l'aise ou... en tout cas, posait plus de questions. Euh,  
526 mais vous pas forcément ?
- 527 • M : Pas forcément, ouais.
- 528 • I : D'accord.

- 529 • M : C'est ... C'est ... Pas forcément, je pense que si les patients déjà naturellement, ont  
530 envie de poser des questions, ils savent qu'ils peuvent les poser, et que dans la mesure  
531 du possible, je vais essayer d'y répondre et de comprendre ensemble.
- 532 • I : Hum, d'accord. Est-ce qu'ils vous parlent d'aspect de leur pathologie qu'ils  
533 n'évoquaient pas avant ? Avec vous ?
- 534 • M : Euh....
- 535 • I : Par exem...
- 536 • M : ...
- 537 • I : ...Oui, allez-y, je vous ai coupé.
- 538 • M : Ils vont peut-être prendre plus conscience des possibles effets secondaires. Des  
539 troubles de vision, des choses comme ça. Ça, ils vont en parler un petit peu plus  
540 facilement.
- 541 • I : D'accord.
- 542 • M : Comme, euh... de douleurs de jambes. On va pouvoir un petit peu plus les motiver  
543 sur les effets secondaires des, des macro ou microangiopathies, quoi.
- 544 • I : Hum. D'accord, ils sont plus sensibilisés aux possibles complications.
- 545 • M : Aux complications, ouais.
- 546 • I : D'accord.
- 547 • M : Je pense que de ce côté-là, ouais.
- 548 • I : Vous avez l'impression que c'est moins abstrait pour eux, qu'ils se rendent plus  
549 compte des complications possibles ?
- 550 • M : Ouais, hum hum.
- 551 • I : D'accord, ok. (pause). Est-ce que vous adressez maintenant plus facilement à  
552 l'ERET, maintenant que vous avez eu des premiers retours qui sont positifs ?
- 553 • M : Oui, comme je vous disais, on y pense plus oui.
- 554 • I : D'accord.
- 555 • M : Je pense qu'on a plus le réflexe, d'en parler, de le proposer.
- 556 • I : D'accord. (pause). Et avez-vous remarqué si ça a un effet un petit peu pervers entre  
557 guillemets, que le patient multiplie les intervenants, mais que ...
- 558 • M : ...Non, je ne le prends pas comme un effet pervers, parce que bon, euh... y'  
559 plusieurs intervenants, mais c'est une structure fixe. Euh, c'est pas comme si le patient  
560 devait effectivement multiplier les déplacements, aller à des endroits différents. Là, là  
561 je pense que c'est un peu plus perturbant, parce qu'il finit par ne plus rien savoir. Là,  
562 c'est ... il va dans une structure où on va effectivement avoir des intervenants, et où on  
563 va parler de plein de choses, mais il rester dans une structure.
- 564 • I : Dans une même structure.
- 565 • M : (hochement de tête). Ça c'est, ça c'est important, hein.
- 566 • I : D'accord.
- 567 • M : Les autres ils vont voir différents spécialistes, avec d'autres patients ayant d'autres  
568 maladies, là ils sont perdus et on essaie de faire la jonction, mais là non.
- 569 • I : Ben oui. D'accord.
- 570 • M : Et en tant que médecin généraliste, on a parfois l'impression, qu'ils multiplient les  
571 spécialistes et qu'ils vont demander pleins d'avis à droite à gauche, et on essaie de  
572 refaire le point là-dedans.
- 573 • I : Mais là, vous avez l'impression qu'avec l'ERET, ça fait pas ça.
- 574 • M : Non. J'ai pas l'impression du tout, que ça fasse ça du tout. C'est, c'est ...ils se  
575 sentent pas du tout, euh, pris, euh, ...
- 576 • I : Oui. Ils ne se sentent pas dispatchés
- 577 • M : Non, non, ils ne se sentent pas dispatchés.
- 578 • I : D'accord, d'accord. Et pour vous, qu'est-ce qui est la part la plus importante dans la  
579 prise en charge de l'ERET ?

- 580 • M : Ben, c'est la considération du patient, quoi. A faire prendre conscience, arriver à  
581 faire prendre conscience à, à ces patients-là, qu'il y a quand même une maladie pour  
582 laquelle on peut quand même avoir des résultats. Oui, c'est ça.
- 583 • I : D'accord.
- 584 • M : Et que, ben la structure elle est là pour ça, pour les aider à, à mieux vivre, et puis  
585 surtout à vivre plus longtemps quoi.
- 586 • I : D'accord.
- 587 • M : Alors eux, ils sont peut-être pas conscients qu'ils vivront plus longtemps, mais si  
588 y'a moins d'effets secondaires, si on arrive à, à, à éviter, du moins, à surveiller les, les,  
589 les, les troubles du diabète, c'est un plus, hein.
- 590 • I : Hum. Donc, en fait le plus, c'est que c'est une prise en charge globale pour vous.
- 591 • M : Globale, ouais.
- 592 • I : C'est pas plus l'alimentaire, ou l'activité physique ?
- 593 • M : Non, non. C'est la prise en charge globale, c'est la prise de conscience, que ouais,  
594 cette maladie-là, on peut quand même améliorer les performances et puis éviter, éviter  
595 un petit peu les complications, quoi.
- 596 • I : Hum hum. Oui, c'est les rendre plus actifs...
- 597 • M : ...Voilà, voilà... Ils en n'ont peut-être pas conscience sur le coup. Mais bon, le but il  
598 est, enfin, la finalité c'est que grâce à ça ils vont gagner quelques années de bien-être.
- 599 • I : Hum.
- 600 • M : Ils ont peut-être pas conscience tout de suite.
- 601 • I : D'accord.
- 602 • M : Ouais.
- 603 • I : D'accord, ok. Et est-ce que vous avez remarqué si au niveau social ça joue beaucoup  
604 pour certains patients ? Le fait de se sentir moins seul. Est-ce que vous avez  
605 l'impression que ça, ça aide les patients ?
- 606 • M : Certains patients, ça peut les aider, parce que y'a certains patients, qui ont  
607 effectivement, des vies très très fermées sinon. Donc le fait d'aller s'ouvrir à ... dans un  
608 groupe quel qu'il soit, ça peut que les aider, hein.
- 609 • I : Hum.
- 610 • M : Des personnes qui vivent seules, des personnes âgées, qui ont déjà perdu leur  
611 conjoint, oui, ça les aide.
- 612 • I : D'accord.
- 613 • M : Ça les oblige un petit peu à sortir de leur milieu.
- 614 • I : Oui, déjà rien que ça, ça les rend déjà plus actifs. D'accord, ok. Et est-ce que, pour  
615 vous, c'est ces patients-là qui se sentent plus actifs, et cetera, est-ce qu'ils sont plus  
616 demandeurs de soins ? Une fois cette dynamique retrouvée ?
- 617 • M : Ils vont peut-être prendre conscience que, que les soins sont importants. Ils vont  
618 peut-être pas être plus demandeurs, mais ils vont ptét, ouais, l'accepter plus facilement.  
619 Sans le demander, on va leur proposer, et ça va peut-être passer beaucoup plus  
620 facilement.
- 621 • I : D'accord.
- 622 • M : Je sais pas s'ils sont plus demandeurs mais ils sont souvent contents de...des  
623 résultats.
- 624 • I : D'accord. D'accord. Par rapport à ceux qui n'y vont pas, à votre avis, est-ce que  
625 l'hémoglobine diminue ? Est-ce que ça évolue dans le bon sens ou pas spécialement  
626 ?
- 627 • M : On, on a de tout, mais je pense que dans l'ensemble, effectivement, c'est des  
628 hémoglobines glyquées qui évoluent bien.
- 629 • I : D'accord.
- 630 • M : Ouais, pour moi, ouais.
- 631 • I : Hum.

- 632 • M : J'ai pas les trucs en tête, mais... on, on, on a l'impression qu'il y a moins  
633 d'échappement.
- 634 • I : D'accord, ok. Et est-ce que les patients sont demandeurs, parce que il y a la, la, la  
635 prise en charge initiale qui va durer plusieurs mois mais, est-ce qu'ils sont demandeurs  
636 d'avoir des piqûres de rappel et de réintégrer l'ERET à un moment donné ou pas ?
- 637 • M : Ça je sais pas, ouais, effectivement. Est-ce qu'il y aurait une nécessité de..., de  
638 refaire des, des ...
- 639 • I : Hum.
- 640 • M : D'eux-mêmes, je sais pas s'ils en parlent, parce que bon, ils abordent pas le sujet,  
641 mais peut-être que ce serait une bonne chose effectivement, de, quelques fois dans  
642 l'année, de refaire un peu le point, quoi.
- 643 • I : Hum. Justement, si ça fait sept huit ans que, vous devez commencer à voir...
- 644 • M : ...Oui j'ai des gens qui ...
- 645 • I : Qui ont quitté le système là, depuis un petit moment,
- 646 • M : Qui y sont retourné peut-être déjà, ouais, j'ai pas ça en tête, mais... y'a ptét des  
647 gens qui ont, qui ont refait quelques piqûres de rappel, pour euh, ... oui c'est possible.
- 648 • I : D'accord. En tout cas, c'est pas du systématique, d'après...
- 649 • M : ...C'est pas du systématique.
- 650 • I : Non. D'accord, ok. Et pour vous, est-ce que vous pensez que ce serait utile de le  
651 proposer systématiquement aux patients ?
- 652 • M : Pourquoi pas ? Moi, je pense que leur proposer ce serait pas, pas néfaste de toute  
653 façon.
- 654 • I : Oui.
- 655 • M : Après, ils acceptent, ou ils acceptent pas mais bon, euh, une fois par an, on va faire  
656 un petit, un petit bilan, une synthèse. Ça peut être intéressant.
- 657 • I : Et pour vous, ce bilan il faudrait qu'il soit personnalisé ou en groupe ?
- 658 • M : Non, je pense plus en groupe, quoi. Garder un petit peu l'idée de...
- 659 • I : De départ
- 660 • M : De départ, oui, oui.
- 661 • I : D'accord. D'accord.
- 662 • M : Et vous pensez qu'au bout de combien de temps ce serait utile de faire ce, ceeee,  
663 ce petit bilan ?
- 664 • M : J'sais pas, peut-être dans, ...., ouais, dans les premiers six mois, quoi. Ouais peut  
665 être.
- 666 • I : D'accord.
- 667 • M : Voir au bout de six mois, ouais, eux ils vont continuer un petit peu à garder le  
668 rythme, à garder les conseils,
- 669 • I : Oui, c'est ça, pour voir s'il n'y a pas un essoufflement.
- 670 • M : S'il n'y a pas un essoufflement, voilà.
- 671 • I : Hum. D'accord. Ok, et pour vous, quelles seraient les pistes pour améliorer ce, ce  
672 système ?
- 673 • M : (Pause de 3 secondes) Comment est-ce qu'on pourrait améliorer le ..., euh.... je  
674 réfléchis (rire)
- 675 • I : (rire)
- 676 • M : C'est pas évident, euhhhh. Euhhh, j'ai pas de pistes, ..., je trouve que... tout système  
677 est sûrement améliorable, mais j'ai pas de, de conseils supplémentaires.
- 678 • I : Hum. Vous pensez que c'est déjà pas si mal ...
- 679 • M : ...C'est déjà pas si mal. Bon, après, est-ce qu'il faut trouver des contraintes ou autre.  
680 Il faut pas non plus que le patient prenne ça comme une, une contrainte ou quelque  
681 chose de, de pesant.
- 682 • I : Hum.

- 683 • M : Vous voyez. Il faut que ça reste quand même quelque chose où lui il participe  
684 volontairement, quoi. Et si, si on charge un petit peu trop, peut-être qu'on risque, au  
685 contraire, de de, de laisser les gens, en se disant "non, non"
- 686 • I : Oui faut pas que ce soit trop lourd...
- 687 • M : Voilà, faut leur laisser une certaine liberté, et laisser une... Il faut qu'ils acceptent  
688 quand même les, les, les choses.
- 689 • I : D'accord.
- 690 • M : Qu'ils aient pas l'impression d'être trop euh (fait une forme de cercle avec ses  
691 mains.)
- 692 • I : Oui, trop enfermés dans le... le système. D'accord.
- 693 • M : Hum, ouais, voilà.
- 694 • I : Et justement, quand vous parlez de contraintes, est-ce que vous avez des patients  
695 actifs qui vont à l'ERET ? Ou, est-ce que ça pour eux, c'est directement un frein, le fait  
696 de travailler, de ne pas pouvoir s'y rendre ?
- 697 • M : Non, j'ai aussi des patients actifs. Non c'est pas ...
- 698 • I : D'accord
- 699 • M : C'est pas un frein.
- 700 • I : D'accord, pour vous c'est pas un frein.
- 701 • M : Non, je pense qu'ils arrivent à s'organiser. Ils arrivent bien à organiser leur séance  
702 de ... par rapport à leurs différentes activités. En diabète peut-être, en cardio, c'est sûr,  
703 j'ai des actifs. En obésité, alors là plein.
- 704 • I : D'accord.
- 705 • M : S'ils adhèrent au système, euh... y'a pas de problème.
- 706 • I : Pour vous, c'est une question de motivation, en fait.
- 707 • M : Ouais, c'est une question de motivation.
- 708 • I : Hum hum. Parce que j'ai eu certains médecins qui me donnaient ça comme frein. Ils  
709 disaient que chez certains patients actifs, les amplitudes horaires n'étaient pas  
710 suffisantes. Pour vous, s'ils ont vraiment envie de...
- 711 • M : ...Non, voilà, s'ils ont vraiment envie, bon.
- 712 • I : D'accord.
- 713 • M : C'est aussi une façon de savoir quels sont les gens qui veulent vraiment participer  
714 aux ateliers, et sur leur santé...
- 715 • I : Oui, donc pour vous le fait d'élargir les plages horaires c'est pas ...
- 716 • M : Non
- 717 • I : Vous n'auriez pas plus de patients à y aller.
- 718 • M : Ah non, non je pense pas. De les élargir, le week-end, non, je ne pense pas que...  
719 Le week-end c'est fait pour autre chose (sourire)
- 720 • I : Hum (sourire)
- 721 • M : Faut garder ça dans l'esprit des gens, et des patients. Le week-end, on, on, on ....  
722 on va pas le week-end se prendre en charge. On a autre chose à faire. Y'a la famille,  
723 les loisirs.
- 724 • I : D'accord. Et vous quels sont les motifs de refus des patients ?
- 725 • M : (Pause).
- 726 • I : Par exemple, ceux qui y sont allés, vous m'avez dit tout à l'heure et qui sont sortis  
727 rapidement, c'était quoi leur ... leur motif ?
- 728 • M : Peut-être qu'il fallait accepter certaines, entre guillemets, certaines contraintes, qui  
729 sont pas énormes, mais voilà, accepter de, de prendre leur régime, de, de, de noter ce  
730 qui s'est passé, de, d'arriver avec un plan, en disant voilà "j'ai fait ça et ça". Les gens  
731 n'ont pas envie d'être surveillés, je crois que c'est ça (sourire). C'est des gens qui  
732 veulent pas être surveillés.
- 733 • I : D'accord. D'accord. Oui, pour vous, c'est un type de patient, que...
- 734 • M : ...c'est un type de patient, qui de toute façon, qui nous pose même nous, problème,  
735 même au, au, au niveau du cabinet et au niveau médical. C'est des gens qui sont

- 736 difficiles à gérer. On leur propose en espérant ... Si y'a une deuxième voie, ça peut  
737 marcher. Et puis, ça marche pas, ben, on retombe dans le même problème, avec les  
738 difficultés de, de leur faire accepter de bien suivre leur traitement, de faire leur régime,  
739 d'aller voir les spécialistes. Ceux-là ils vont continuer comme ça indéfiniment.
- 740 • I : Et justement, ceux qui sont comme ça, difficiles au niveau de l'acceptation et de
  - 741 l'observance, est-ce que y'en a quand même, pour qui ça a fonctionné ?
  - 742 • M : Oui, il y a des gens, pour qui ça a fonctionné. Il y a des gens, quand même, qui,
  - 743 qui, qui ont ...Qui sont un peu mieux pris en charge.
  - 744 • I : D'accord.
  - 745 • M : Oui.
  - 746 • I : D'accord.
  - 747 • M : Ça reste quand même quelque chose de très positif.
  - 748 • I : Ok, d'accord. Bon, ben écoutez, merci beaucoup.
  - 749 • M : De rien.
  - 750 • I : On va finir sur ces bonnes notes.

1 ENTRETIEN N°5 : Femme, entre 35 et 50 ans, exerçant en milieu rural, installée en cabinet  
2 de groupe depuis 15 ans. Elle a une formation en éducation thérapeutique et a une implication  
3 universitaire.

- 4
- 5 • I : Bonjour, je fais ma thèse sur le diabète de type 2 et sur l'ERET.
- 6 • M : D'accord. Comment vous m'avez trouvée ?
- 7 • I : En fait, l'ERET m'a donné des noms de médecins généralistes qui travaillent avec  
8 eux.
- 9 • M : Et donc moi, vous m'avez trouvé avec l'ERET du X, ou avec l'ERET de Y ?
- 10 • I : De X, de X.
- 11 • M : Parce que, c'est effectivement à Caen, que j'ai passé mon diplôme.
- 12 • I : D'accord.
- 13 • M : Mais je travaille avec l'ERET de Y.
- 14 • I : D'accord.
- 15 • M : Qui est beaucoup plus proche pour moi.
- 16 • I : Ah oui, d'accord. Ben non, c'est pas l'ERET de Y qui m'a donné votre nom, c'est  
17 l'ERET de X, si je ne dis pas de bêtise.
- 18 • M : Si si, c'est possible. Je suis dans tel département. C'est ça qui est compliqué, c'est  
19 que même si je suis dans tel département, je travaille avec l'autre.
- 20 • I : D'accord.
- 21 • M : Bon, je vous écoute, qu'est-ce que je peux faire pour vous ?
- 22 • I : Depuis combien de temps vous connaissez l'ERET ?
- 23 • M : Je me suis formée euh... y'a quatre ans, peut être maintenant.
- 24 • I : D'accord.
- 25 • M : Euh, parce que en fait, je m'étais inscrite à une euh..., comment on va dire.  
26 L'apparition d'une association, qui s'appelle PRETORA, en fait.
- 27 • I : D'accord.
- 28 • M : PRETORA, c'est fait par Baclesse, et c'est pour faire de l'éducation thérapeutique  
29 aux gens qui sont chimiothérapie orale.
- 30 • I : D'accord.
- 31 • M : Et donc, à partir de là, donc on avait une, enfin on pouvait s'inscrire en tant que...,  
32 alors ils ont fait, ...créé trois pôles. Un pôle sur St Lô, un pôle sur Caen, un pôle sur  
33 Flers.
- 34 • I : D'accord.
- 35 • M : Et donc, moi je me suis inscrite en tant que médecin, mais y'a des infirmières, des  
36 ..., toute sorte de voilà. Et, la première des conditions, c'était que, donc ça a duré deux  
37 ans, cette formation. Et la première des conditions, c'était d'abord, d'avoir un diplôme  
38 de l'ERET. Donc il a fallu s'inscrire à l'ERET. Ça m'ennuyait de ... j'ai préféré m'inscrire  
39 dans telle ville, pour une raison tout à fait pratique, d'horaires et de jours. C'était le jour  
40 de mon jour de repos.
- 41 • I : D'accord.
- 42 • M : C'était plus facile pour moi de m'inscrire sur "telle ville". Donc j'ai passé mon diplôme  
43 d'ERET à "telle ville", ensuite de quoi on a eu, ça c'était la première de, le premier, la  
44 première partie. La deuxième partie ça a été une formation à Baclesse. Et la troisième  
45 partie, on a créé le réseau en fait. On a créé un réseau, puisque ça n'existait pas. Donc  
46 ça s'appelle PRETORA, et on a la première réunion, ben dans 15 jours je crois, pour,  
47 pour débiter les trucs de PRETORA.
- 48 • I : Ok, d'accord.
- 49 • M : Ça ne fait que être, ça ... ça n'est pas encore en place.
- 50 • I : D'accord. Et ça se situera ici le ...
- 51 • M : Non, ça se situera, on est dépendant, on est dépendant, je vous dis, y'a trois sites.  
52 Y'a un site à St Lô, au niveau de l'hôpital, ...
- 53 • I : ...Ah d'accord, c'est toujours au niveau hospitalier.

- 54 • M : Oui.
- 55 • I : D'accord.
- 56 • M : Un site à Caen, qui du coup sera du côté de Baclesse, et un site à Flers, qui est à
- 57 l'hôpital de Flers.
- 58 • I : D'accord.
- 59 • M : Le site sera à l'hôpital, après je sais pas ce que je ferai dans le réseau.
- 60 • I : Hum hum.
- 61 • M : Euh, parce que bon. Parce que c'est vrai que je suis quelque part, je suis quand
- 62 même un peu occupée pour plein de choses. Donc, c'est difficile. Je ne sais pas ce que
- 63 je ferai dans le réseau, je ne sais pas non plus où on le fera. Si c'est recevoir des
- 64 patients et discuter peut-être que ce sera ici, pourquoi pas. Euh, après tout, ce pourra
- 65 être aussi bien dans une pharmacie que voilà.
- 66 • I : Oui.
- 67 • M : Donc je ne sais pas comment on va gérer le truc.
- 68 • I : D'accord.
- 69 • M : Mais a priori, le, la réunion qui est dans quinze jours, elle est à Flers, à l'hôpital de
- 70 Flers.
- 71 • I : D'accord, d'accord. Et vous adressez quelle sorte de patient diabétique à l'ERET ?
- 72 • M : Ah ben. Alors, pour pouvoir aller àààà, pour pouvoir aller à l'ERET, il faut déjà être
- 73 conscient de la situation. Donc je leur explique que ça va prendre... Le premier rendez-
- 74 vous va prendre une heure et demi avec l'infirmière, et que, comment, qu'il faut qu'ils
- 75 soient motivés. Donc, je ne peux envoyer à l'ERET, que des patients motivés.
- 76 • I : D'accord.
- 77 • M : Donc les diabétiques, c'est euhhh. Soit, alors... Y'a plein de raisons. La première
- 78 des raisons, c'est que ce soit quelqu'un qui ait besoin, euh, d'avoir une idée, euh, sur
- 79 le plan de son, de la diététique. Or, les diététiciennes, ce n'est pas toujours facile
- 80 d'accès. Avec l'ERET, y'a la possibilité d'avoir un accès à une diététicienne de manière
- 81 gratuite.
- 82 • I : Oui.
- 83 • M : Donc, pour démarrer, donc c'est pas plus mal. Euh, deux, y'a les patients qui ont
- 84 besoin dans leur façon de vivre, de savoir de, de savoir, de connaître leur maladie, de
- 85 savoir plein de choses et malheureusement, je, je n'ai pas le temps de gérer
- 86 complètement euh ... Quand j'ai commencé à faire, quand j'ai commencé à faire mon
- 87 diplôme, enfin aller passer mon diplôme d'ERET, je me suis dit euh "je le fais déjà ça,
- 88 l'éducation thérapeutique".
- 89 • I : Hum.
- 90 • M : "je la fais l'éducation thérapeutique de mes patients", et de toute façon, tous les
- 91 médecins avec qui je discute et qui n'ont pas de diplôme d'ERET, ils sont tous
- 92 persuadés qui la font. Moi, j'étais la première à le faire. Après quand tu, quand tu suis
- 93 les cours, tu te dis : "mais attends, non, non, c'est pas ... je leur donne des petites idées,
- 94 mais je suis loin de leur faire de l'éducation thérapeutique."
- 95 • I : Hum d'accord.
- 96 • M : Voilà. Donc, c'est ça, je leur donne des petites idées, mais ça s'arrête là. Je ne
- 97 peux pas me ... Donc j'envoie ceux-là aussi, ceux qui veulent vraiment des questions
- 98 ... des réponses surtout sur les questions qu'ils se posent sur leur maladie.
- 99 • I : Hum.
- 100 • M : Et puis les tr, et puis les, les troisièmes aussi, depuis quelque temps, parce que ça,
- 101 ça dépend de... Pour faire l'ERET, pour faire le diplôme d'ERET, euh, ça se termine
- 102 par un, un genre de petit mémoire.
- 103 • I : D'accord.
- 104 • M : D'accord. Et mon mémoire, c'était sur le, la mise en place du sport au sein de
- 105 l'éducation thérapeutique. Voilà, prescription de sport par le généraliste.
- 106 • I : D'accord.

- 107 • M : Et donc, euh, je fais euh..., et j'envoie aussi à l'ERET des gens qui, je voudrais,  
108 qu'ils reprennent une activité physique. Et comme je sais qu'il y a des passerelles entre,  
109 pour eux, ben c'est plus simple. D'autant qu'en plus, la prof de sport qui est une amie  
110 à moi, a fait l'ERET au même endroit que moi, un an plus tard.
- 111 • I : D'accord.
- 112 • M : Donc maintenant, j'ai même, je sais même à qui, en tant que prof de sport, à  
113 envoyer mes patients.
- 114 • I : D'accord.
- 115 • M : Donc, c'est sur "telle ville". Donc, elle fonctionne avec la MJC de "telle ville".
- 116 • I : D'accord.
- 117 • M : Et la MJC de "telle ville" est en partenariat avec l'ERET de "telle ville"
- 118 • I : D'accord. Très bien.
- 119 • M : Voilà. Alors j'envoie aussi pas mal de patients qui sont, euh, multi euh, multi  
120 pathologiques. C'est à dire le diabétique obèse, pour son obésité, ou bien celui qui a...  
121 l'hypertendu obèse, enfin y'a pas que les diabétiques. Y'a souvent des... enfin, ...ça, ça  
122 s'embrique. Excuse-moi, je parle pas très bien (sourire)
- 123 • I : Ah non, non (sourire)
- 124 • M : Ça s'imbrique. Ça s'imbrique les uns les autres et puis euh... Voilà, voilà. Ça, ça  
125 j'aime bien.
- 126 • I : D'accord.
- 127 • M : Pour arriver à leur faire comprendre. Et puis, je suis allée, euh, pendant mon stage  
128 d'ERET, je suis allée à ville B, passer une journée avec euh, avec euh. J'ai, j'ai assisté  
129 à une réunion, euh, comment ...euh ... de diététique.
- 130 • I : Hum.
- 131 • M : J'ai assisté à une réunion sur les problèmes de pieds. J'ai assisté, ...j'ai assisté  
132 aussi, à une heure et demi de, de, de....
- 133 • I : D'ateliers ?
- 134 • M : Non, non, les ateliers, c'était diététique et le pied.
- 135 • I : D'accord.
- 136 • M : Mais euh, comment on dit la première consultation, là, qui dure une heure et demi,  
137 c'est ...
- 138 • I : Le diagnostic éducatif ?
- 139 • M : MERCI. Voilà, j'ai assisté à un diagnostic éducatif.
- 140 • I : D'accord.
- 141 • M : Sur PRETORA et euh, au niveau de PRETORA, je pense que c'est ça que je ferai  
142 moi : le diagnostic éducatif, certainement.
- 143 • I : D'accord.
- 144 • M : Certainement, mais bon ... après on verra comment ... comment je me débrouillerai.  
145 (rires)
- 146 • I : Oui (sourire). Est-ce que vous avez l'impression que ça aide les patients à  
147 comprendre leur maladie ?
- 148 • M : Bennnnn oui, bien sûr. (en levant les yeux en l'air). Evidemment. (pause).  
149 Evidemment. Par contre, je suis un petit peu, euh, euhhh, frileuse concernant des  
150 patients qui sont vraiment trop informés. C'est-à-dire que, c'est bien d'être informé, de  
151 savoir. Mais ça devient un peu compliqué quand vous avez en face de vous, quelqu'un  
152 qui est au courant de tout, les points les plus euh, euh, comment dirais-je, euh, enfin  
153 euh, "ce médicament-là va sortir", "dans combien de temps ?", euh, "et puis bientôt, on  
154 pourra essayer", et puis "moi je comprends pas pourquoi on fait pas déjà ça, parce que  
155 aux Etats Unis, parce que machin ....
- 156 • I : Hum hum.
- 157 • M : Waouhhhh, c'est beaucoup
- 158 • I : Hum, oui.

- 159 • M : Je trouve que ça fait beaucoup, après. D'accord. On a même des fois, en tout cas  
160 moi en tous les cas, moi en tant que généraliste, j'ai même du mal à suivre certains de  
161 mes patients.
- 162 • I : D'accord.
- 163 • M : C'est-à-dire, à un moment donné, euh. Stop.
- 164 • I : Oui, vous avez l'impression, comme on en entend beaucoup parler, des notions de  
165 patients experts.
- 166 • M : VOILA. Et ça le patient expert, ça me fait toujours un peu peur le patient expert.  
167 Je..., enfin. Il me fait toujours un peu peur le patient expert. Mais bon je peux me  
168 tromper, hein. C'est une, c'est une question de, ...Voilà. Peut-être, peut-être, parce que  
169 je suis moi-même pas toujours sûre de moi, et que tu te dis que tu as en face de toi,  
170 quelqu'un qui s'y connaît, qui s'y connaît plus que toi, et euh... attends...
- 171 • I : Oui, oui.
- 172 • M : C'est quelque part la relation, ... Je comprends bien, je comprends bien que la  
173 relation ne doit pas être de médecin à patient, (en faisant signe avec ses mains médecin  
174 en haut et patient en bas). Ça, je comprends bien.
- 175 • I : Hum hum.
- 176 • M : C'est bien quand c'est comme ça (mets ses deux mains à la même hauteur.) Mais  
177 comme ça (en mettant le patient en haut et le médecin en bas), ça commence à devenir  
178 un peu compliqué (rires)
- 179 • I : Oui (rires). Oui c'est ça, on est un peu mal à l'aise, face à des... à des questions, qui  
180 deviennent vraiment complexes...
- 181 • M : ...Qui deviennent vraiment, oui, très pointues. Et, et que tu te dis, attends je suis  
182 que généraliste. Moi, je suis pas diabéto, hein.
- 183 • I : Hum, hum.
- 184 • M : Voilà.
- 185 • I : Oui, y'a certains patients qui, qui mettent mal à l'aise, face à ce genre de ...
- 186 • M : ...Oui. Tout à fait. Tout à fait. Y'en a qui sont vraiment... et puis alors, y'a internet  
187 hein.
- 188 • I : Hum hum.
- 189 • M : Y'en a qui sont vraiment très très très au point.
- 190 • I : Hum.
- 191 • M : D'autres qui savent rien. C'est pas marrant non plus, celui qui sait rien et qui s'en  
192 fout, c'est pas marrant non plus. Mais celui qui en sait trop, euh, c'est pas toujours facile  
193 à gérer.
- 194 • I : Et, est-ce que justement, ces patients-là, ils sont demandeurs, plus, euh... plus  
195 demandeurs de l'ERET... que les autres ou pas ?
- 196 • M : Ah ben, en fait, c'est parce que .... Non. Alors, y'a pas... je ne connais pas de  
197 patients qui soient euh, autodidactes. Non. C'est parce qu'ils sont passés par l'ERET,  
198 qu'ils ont commencé à s'intéresser. Ce qui est bien, très bien. Tu t'intéresses, tu  
199 t'intéresses bien, tu t'intéresses beaucoup, tu t'intéresses très beaucoup, tu t'intéresses  
200 trop ! (rires). C'est ça qui est difficile. A trouver un juste milieu, je pense.
- 201 • I : Et est-ce que vous, vous arrivez à gérer, justement les attentes de ces patients qui  
202 sont toujours euh, ...
- 203 • M : ...Ben j'essaye. J'essaye. C'est pas toujours facile.
- 204 • I : Non c'est sûr.
- 205 • M : Parce que ça demande, euh, euh, ben ça demande des fois, beaucoup de  
206 réflexions, que j'ai pas forcément. Et euh, ... et des fois je suis obligée... ça m'est arrivé  
207 de : "attendez, attendez, j'entends bien, mais euh... vous allez me laisser cinq minutes...  
208 Laissez-moi deux jours, je vais chercher, je vais voir si je peux trouver la solution." mais  
209 des fois c'est compliqué. Enfin, je trouve. Les diabétiques, là, surtout.

- 210 • I : D'accord. Est-ce qu'il y a certains patients, qui n'acceptaient pas spécialement leur  
211 maladie, et qui acceptent ou qui cheminent en tout cas dans leur acceptation, grâce à  
212 l'ERET ?
- 213 • M : Des patients, des patients qui cheminent, y'en a toujours. Y'en a toujours des  
214 patients qui cheminent. Mais moi, enfin, je n'ai jamais réussi à faire aller à l'ERET  
215 quelqu'un qui ne veut pas entendre parler de sa maladie.
- 216 • I : Oui. D'accord.
- 217 • M : Il faut, il faut que dans un premier temps, que moi, j'arrive à leur faire comprendre  
218 leur maladie. Et ensuite, ça marchera.
- 219 • I : Hum.
- 220 • M : Quand je fais un diagnostic, mais bon, ça c'est moi, hein... Quand je fais, quand j'ai  
221 en face de moi une personne chez qui je découvre un diabète. Dans un premier temps,  
222 je vais commencer à leur expliquer ce que c'est que le diabète. La base.
- 223 • I : Hum hum.
- 224 • M : J'ai souvent mes internes, parce que je suis aussi maître de stage...
- 225 • I : ...D'accord.
- 226 • M : Donc, j'ai souvent mes internes. Ils veulent tout de suite leur dire : "alors, il faut le  
227 rendez-vous chez le cardio, le rendez-vous chez le podologue..."
- 228 • I : Hum hum.
- 229 • M : "Le rendez-vous chez le ..." (fait non avec ses mains) hop hop hop hop. Souvent,  
230 moi je trouve que souvent, faut pas noyer les patients dans un FLOT (en faisant un  
231 rond avec ses mains) d'informations.
- 232 • I : Hum hum
- 233 • M : Parce que, de toute façon, ils en sortiront rien. Donc, moi au départ, je commence  
234 à leur dire en général, "bon ben voilà, nous sommes face à un diabète, alors vous allez  
235 commencer par faire un régime alimentaire, et je vous préviens que comme vous êtes  
236 diabétique, à partir de maintenant, c'est prise de sang tous les trois mois." Et en gros,  
237 c'est ça la première consultation. Et rien de plus que ça. Et je parle de rien d'autre.
- 238 • I : D'accord.
- 239 • M : Quand il revient au bout de trois mois, on voit déjà si la glycémie est toujours limitée  
240 avec le régime. On commence à discuter. Je commence à dire : "bon, ben vous voyez  
241 le diabète, c'est une maladie quand même sournoise", j'aime bien le terme sournoise  
242 parce que, "vous ne vous sentez pas malade, mais elle va vous détruire au fur et à  
243 mesure".
- 244 • I : Oui.
- 245 • M : "Elle détruit plein de choses, elle détruit les yeux, elle détruit le rein, elle détruit le  
246 cœur, et qu'en conséquence, il va falloir une consultation ophtalmo, une consultation..."  
247 et j'essaye d'aller progressivement dans les consultations et dans les... Voilà, déjà pour  
248 moi qu'ils aient une base dessus.
- 249 • I : Hum hum.
- 250 • M : Et après, souvent, au bout de trois mois, voire au bout de six mois, eux-mêmes, ils  
251 ont commencé à regarder un peu, à se renseigner : "ouais, ben j'ai appris que la femme  
252 de mon frère, ou euh, ma grande sœur, finalement elle est diabétique, alors elle a ce  
253 comme traitement, est-ce que vous pensez que moi aussi je vais avoir à prendre ça ?  
254 Est-ce que ..." Ils commencent à poser des questions.
- 255 • I : D'accord.
- 256 • M : A partir du moment où ils commencent à poser des questions, ils commencent à  
257 s'intéresser à leur maladie.
- 258 • I : Hum hum.
- 259 • M : LA (en pointant du doigt), je vais commencer à leur proposer d'aller plus loin.
- 260 • I : D'accord.
- 261 • M : Je vais leur dire : "mais vous savez, y'a des possibilités pour aller plus loin. Si vous  
262 voulez en savoir plus sur votre maladie". Voilà.

- 263 • I : D'accord.
- 264 • M : C'est plutôt comme ça. J'exagère hein, mais en gros, c'est plutôt comme ça que je
- 265 fais.
- 266 • I : D'accord.
- 267 • M : Parce que leur filer tout d'un coup, (sourires)... (fait des gestes de mains en faisant
- 268 des cercles et soupire)
- 269 • I : Oui c'est sûr.
- 270 • M : Faut, faut pas rêver, hein. Bien entendu, c'est pas, euh, c'est pas une annonce de
- 271 cancer. Mais, annoncer un diabète, c'est pas non plus simple.
- 272 • I : Hum.
- 273 • M : Parce qu'on en a tous une idée, euh, assez folle, assez folle. L'idée de, l'idée de
- 274 l'insuline, des injections d'insuline. Mais c'est quelque chose de..., c'est incroyable,
- 275 hein. T'as l'impression que quand tu leur dis qu'il va falloir qu'ils passent à l'insuline,
- 276 que tu, que tu les tues... Pour beaucoup, pour beaucoup. La dépendance aux piqûres,
- 277 la dépendance aux piqûres, mais c'est impressionnant.
- 278 • I : Hum hum.
- 279 • M : La dernière fois, j'en discutais à propos de TRULICITY, et ben je disais "on va
- 280 commencer par ça", et le monsieur il était là en train de me dire : "mais c'est l'infirmière
- 281 qui va le faire?" ; alors je dis "non, vous allez avec votre femme, vous débrouiller pour
- 282 vous piquer, vous vous rendez compte si vous attendez l'infirmière, vous allez être
- 283 dépendant de l'infirmière, quand elle viendra, et quand elle viendra pas." "Ah ben oui,
- 284 ah ben oui, c'est mieux". "ben oui, comme ça vous pourrez aller vous promener..."
- 285 • I : Hum hum.
- 286 • M : Ça, c'est des choses qui sont difficiles, et je pense que on a tous une image du
- 287 diabète en nous... Alors le régime, ça aussi c'est une image d'enfer : "je vais plus
- 288 pouvoir manger alors, déjà que j'avais du cholestérol, alors vous m'avez enlevé tout ce
- 289 qui était graisse, maintenant vous m'enlevez tout ce qui est sucre, je vais faire comment
- 290 ?"
- 291 • I : Hum.
- 292 • M : Je leur dis : "attendez, vous allez faire un régime, vous allez faire attention à ce que
- 293 vous mangez, et moi avec mes médicaments je vais m'adapter." On n'a qu'une vie.
- 294 Enfin... Ça, ça aussi, c'est ma, c'est ma pensée. On n'a qu'une vie. Ça, ça m'énerve
- 295 quand je vois les pauvres petites grand-mères qui sont à la maison de retraite, à 90
- 296 ans et qui sont diabétiques et à qui on refuse le pauvre petit morceau de gâteau du
- 297 dimanche. (rires)
- 298 • I : Oui, c'est vrai.
- 299 • M : (Rires), enfin, c'est bon, hein. Faut arrêter.
- 300 • I : Oui, c'est vrai.
- 301 • M : Donc, c'est, ça, ça ... le diabète représente quand même à lui, à lui tout seul, ...,
- 302 que c'est à la fois une maladie, euh, extrêmement connue, et en même temps euhhh,
- 303 euh, ben une énigme complète pour les gens, parce que voilà, les gens parlent. "Le
- 304 diabète ça va me faire perdre mes yeux, je vais plus voir ... je vais devenir aveugle."
- 305 "Oui, ah ben le diabète... mes pieds, oui, ben je sais bien, oui, je vais finir amputer..."
- 306 Enfin...
- 307 • I : Hum hum.
- 308 • M : Vous voyez ? Beaucoup de choses se mélangent. Je pense simplement, mais
- 309 après, ça, ça reste mon opinion, mais je pense, que de toute façon, face à des maladies
- 310 chroniques comme ça, il faut y aller doucement, et étape par étape. Donc, NON je ne
- 311 propose jamais l'ERET la première fois, JAMAIS. Je vais le proposer, oui, mais plus
- 312 tard. Quand le patient... quand je sais que le patient, ou plutôt quand j'imagine que le
- 313 patient est ouvert. Parce que c'est particulier, hein. Tous les patients, tous les gens
- 314 n'ont pas envie de savoir.
- 315 • I : Oui, c'est ça. Donc celui qui...

- 316 • M : ... Oh non, non, tout le monde ne veut pas savoir.
- 317 • I : Oui, donc celui qui est... qui est dans le ..., pas de le déni, mais voilà, qui ne veut pas
- 318 se faire soigner, et qui est passif, euh, ...
- 319 • M : Passif, ça ne veut pas dire, pas se faire soigner, hein.
- 320 • I : Non, c'est vrai.
- 321 • M : Y'a des gens, y'a des gens, qui vont accepter d'avaler des médicaments toute leur
- 322 vie, et qui arrivent, ils disent : "de toute façon, c'est vous le docteur, hein". "Ouais,
- 323 d'accord, c'est moi le docteur, mais euh. Alors je récupère votre ordonnance, c'est
- 324 machin, machin, machin." "Oh ben je sais pas". "Attendez, vous savez pas ce que vous
- 325 avalez, alors je peux vous faire avaler ce que je veux", enfin...
- 326 • I : Hum.
- 327 • M : Non, j'essaye. Mais y'en a qui savent même pas. Quand tu leur demandes ce qui
- 328 prennent comme médicaments, pffff "je sais pas, c'est vous le docteur." Ça veut pas
- 329 dire qu'ils ne veulent pas se soigner, hein. Ça veut dire, que c'est pas quelque chose
- 330 qui les intéresse. Et ça, ces gens-là, on peut leur faire faire vingt séances de,
- 331 d'éducation, je pense pas que ça... de toute façon, ils iront pas.
- 332 • I : Oui.
- 333 • M : Donc ça sert à rien. La première, ils iront pas, parce que "passer une heure et demi
- 334 à l'hôpital, mais pourquoi docteur ?"
- 335 • I : Hum hum. Et par rapport à ceux qui sont pas, qui sont non observants ?
- 336 • M : (pause) Les non observants, c'est compliqué. Euh, euh, ça veut dire qu'ils ne
- 337 viennent pas chercher leurs médicaments en temps et en heure.
- 338 • I : Hum.
- 339 • M : Ça veut donc dire que leurs prises de sang vont être mauvaises. Ça veut donc dire
- 340 que je vais avoir besoin de soutien.
- 341 • I : D'accord. Quel type de soutien ?
- 342 • M : De spécialistes. Et, à partir du moment où je vais avoir besoin de spécialistes, et
- 343 ben c'est possible, on peut les rattraper, parce que lors de l'hospitalisation, ils sont à
- 344 l'hôpital, et à ce moment-là, ils peuvent avoir accès à l'ERET.
- 345 • I : D'accord.
- 346 • M : Vous voyez ce que je veux dire ? En direct de, de l'hôpital.
- 347 • I : Hum hum.
- 348 • M : Et là, ça peut fonctionner. Une reprise en main, on va dire, mais en venant de moi,
- 349 ... ça ne va pas marcher, si je les envoie juste.
- 350 • I : Oui, ils n'iront pas pour vous ?
- 351 • M : Non. Ça marchera, parce que, ça peut marcher, parce que je vais les envoyer à
- 352 l'endocrino, qui lui, va ramener euh, ...
- 353 • I : D'accord, ok.
- 354 • M : Lors de l'hospitalisation, y'a l'ERET qui va passer et qui va discuter avec eux et là,
- 355 ça peut marcher. C'est comme ça, que ça peut marcher.
- 356 • I : D'accord. Et est-ce que les gens, une fois qu'ils font partie de ce réseau, ils sont plus
- 357 adhérents au parcours de soins ?
- 358 • M : Oh ben bien sûr, évidemment. Evidemment, à partir du moment où vous faites partie
- 359 d'un réseau, de toute façon et que vous aimez y être, ça marche hein.
- 360 • I : D'accord.
- 361 • M : Après, c'est très curieux, parce que généralement, quand ils s'inscrivent, quand ils
- 362 font le diagnostic éducatif, ils réclament tous ou presque tous, d'avoir des, des ateliers
- 363 seuls.
- 364 • I : D'accord.
- 365 • M : Ils veulent pas être en groupe. Et puis, avec le temps, ils se mettent en groupe, et
- 366 à partir du moment où ils se mettent en groupe, ah ben oui, ça fait un groupe de gens,
- 367 et donc là, ils s'entraident.
- 368 • I : Hum.

- 369 • M : Mais, ça n'empêche qu'au départ, ils veulent pas. Moi, j'ai l'impression que j'ai.
- 370 • I : Oui, peut-être, que ça fait peur le groupe.
- 371 • M : Oui. Au départ, ils veulent pas, au départ, ils veulent des trucs tout seul, et après tu
- 372 les vois, ils parlent les uns les autres. Ils ont, ils ont un point commun, au moins.
- 373 • I : Oui, c'est sûr.
- 374 • M : Et puis, voilà. Et puis après, ça fait des sorties, des réunions. Et euh, ils ont même
- 375 du mal des fois, à quitter euh, l'ERET. Ils se réinscrivent hein.
- 376 • I : Hum.
- 377 • M : Ils ont des fois du mal à quitter l'ERET, c'est clair. C'est devenu comme un club en
- 378 fait.
- 379 • I : Oui, c'est ça. Ça joue aussi un rôle social.
- 380 • M : Oh oh oh, oui (hochement de tête). Énorme, enfin je trouve. Et puis, y'a tout le reste
- 381 autour, y'a le fait de pouvoir aller, euh, alors pour certains et pour certaines, refaire du
- 382 sport. Tu te retrouves dans un groupe, et ça peut fonctionner, voilà. Ça leur permet
- 383 aussi de sortir, parce que faut pas rêver, y'a aussi beaucoup de, de gens qui sont, euh,
- 384 qui sont dans leur coin.
- 385 • I : Oui, c'est sûr, oui. Oui, ça évite...
- 386 • M : ...Surtout en campagne...
- 387 • I : ...L'isolement...
- 388 • M : ...Surtout en campagne. Nous on est, enfin, moi, je trouve que je suis souvent
- 389 confrontée à des gens qui sont finalement dans, dans leur petit, ..., groupe.
- 390 • I : Hum, hum. Et après, ils continuent de faire les activités physiques ?
- 391 • M : Alors d'après ce que m'a dit la prof de sport, elle me dit qu'il y en a pas tant que ça
- 392 finalement.
- 393 • I : D'accord.
- 394 • M : Une fois qu'ils ont fini leur, euh, c'est pareil, on en campagne, hein. Une fois qu'ils
- 395 ont fini leur cursus, y'en a qui s'accrochent. Mais euh, elle dit qu'il y en a pas beaucoup.
- 396 Ça fait, ...Elle doit avoir, ouais, peut-être, deux ans de recul, et c'est pas encore ...
- 397 euh... le sport dans la santé, enfin, le sport dans la médecine, c'est pas encore rentré
- 398 dans les ...dans les mœurs.
- 399 • I : Hum hum.
- 400 • M : D'abord, euh, c'est difficile, hein. La différence entre faire du sport et faire de
- 401 l'activité sportive ou de l'activité physique. Parce que, c'est l'activité physique, en fait,
- 402 c'est pas faire du sport.
- 403 • I : Ouais, bien sûr.
- 404 • M : C'est l'activité physique. Eh bien, la différence entre l'activité physique et sport, y'a
- 405 quand même euh, c'est pas, c'est pas facile pour tous. Faire la, faire la part des choses.
- 406 • I : Hum. D'accord. Comment ça ?
- 407 • M : Et ben, on leur demande juste de bouger, pas de faire un sport en particulier, et ça,
- 408 y'en a qui veulent pas le comprendre.
- 409 • I : D'accord. Et est-ce que vous les trouvez mieux, au niveau psychique, eux ?
- 410 • M : Les patients ?
- 411 • I : Oui.
- 412 • M : Ben, bien sûr. De toute façon, non, je suis persuadée, je suis persuadée, que, faire
- 413 partie d'une association, faire de l'éducation thérapeutique les aide. Dans tous les sens
- 414 du terme. Dans tous les sens du terme, ça les aide. Ça les ouvre à leur maladie, ça
- 415 leur permet de la comprendre, ça le permet de pouvoir, d'avoir des gens avec qui, on
- 416 peut poser des questions, sans, sans être jugé. Soit, soit ils posent carrément les
- 417 questions à leurs pairs, lorsqu'ils sont dans les réunions. Soit ils posent des questions
- 418 à des ... Mais ils ont des réponses. En plus de ça, euh, y'a des tas de, de, de ...
- 419 comment d'outils, pour euh, pour fonctionner qui sont absolument géniaux. On en a, on
- 420 en a inventé avec PRETORA, donc avec l'équipe avec des cartes et tout ça pour les
- 421 problèmes, ...ça, ça fonctionne parfaitement bien.

- 422
- I : Hum.
- 423
- M : Euh, quand on, quand on voit des groupes fonctionner. T'as une personne qui dit
- 424
- 425
- 426
- 427
- 428
- 429
- 430
- 431
- 432
- 433
- 434
- 435
- 436
- 437
- 438
- 439
- 440
- 441
- 442
- 443
- 444
- 445
- 446
- 447
- 448
- 449
- 450
- 451
- 452
- 453
- 454
- 455
- 456
- 457
- 458
- 459
- 460
- 461
- 462
- 463
- 464
- 465
- 466
- 467
- 468
- 469
- 470
- 471
- 472
- 473
- M : Euh, quand on, quand on voit des groupes fonctionner. T'as une personne qui dit une bêtise, t'as l'autre derrière qui dit, "ben non attendez, madame, c'est pas comme ça, voyons, réfléchissez !" Et, et ça fait avancer le groupe.
  - I : Hum hum.
  - M : Parce que, c'est toujours plus facile d'avancer quand c'est quelqu'un qui a la même chose que toi qui te donne la solution, plutôt que quand c'est un ..., celui qui a le savoir qui apporte. C'est le même principe que pour les internes, on est censé ne pas donner la solution, jamais et euh, enfin, à eux de trouver ... euh... hein ? On est d'accord. C'est le même principe, quand tu trouves toi-même la solution, ça rentre bien plus vite que quand c'est quelqu'un qui te la donne.
  - I : Oui, oui.
  - M : Et elle est surtout plus intégrée. Donc, sur le plan de l'ERET, moi je suis, euh, euh, je suis tout à fait convaincue. Avant d'avoir la, avant d'avoir le, la formation ERET, je l'étais déjà, j'étais déjà convaincue que ça marchait, sauf que, j'avais aucune notion de la façon dont ça fonctionnait.
  - I : D'accord.
  - M : Ce qui fait la différence, c'est que maintenant, je sais comment ça fonctionne, donc je suis capable de l'expliquer plus encore à mes patients. De leur dire ce qu'ils vont avoir ; comment ça va se passer, et ce qu'ils vont ... Voilà. Et ça me permet, ça me permet, de, qu'ils aient une meilleure adhésion au projet. Ça, ça fait partie intégrante d'un projet thérapeutique. Et j'en suis persuadée. Et de toute façon, toutes vos questions qui... pour me demander si mes patients vont mieux après. C'est heureusement que la réponse est oui, parce que sinon ça n'existerait pas.
  - I : Oui, c'est sûr.
  - M : On n'aurait pas besoin d'éducation thérapeutique. Si, si on a une éducation thérapeutique, qui prend de plus en plus de, de place, c'est bien que ça a un intérêt sinon...
  - I : Oui. Et alors pour vous, ça joue aussi sur l'autonomie ou pas ?
  - M : Bien sûr. Pareil.
  - I : Et ça, ça se prolonge à la fin de l'ERET ou...
  - M : ...A tout à fait.
  - I : D'accord. Ça, ça perdure.
  - M : Oui tout à fait. Y'a pas un seul patient qui soit passé à l'ERET, ou par l'éducation thérapeutique en général, et qui ne puisse pas gérer ses injections d'insuline, ses hypoglycémies. Enfin, c'est la base. De toute façon, de toute façon, c'est la base.
  - I : Hum.
  - M : Donc, euh, tous les patients qui ont encore l'infirmière qui vient leur faire les piqûres, faut pas rêver, hein, c'est des gens qui sont soit mal cortiqués, soit ... Et encore, parce que même l'éducation thérapeutique, on peut faire intervenir l'aidant.
  - I : D'accord.
  - M : Donc, en faisant intervenir l'aidant, on se retrouve avec le mari ou la femme qui vient faire et qui a les réponses, donc, sur tous les domaines, ça peut être que mieux. De toute façon, quand tu connais ta maladie, quand tu connais ce que tu as, quand tu sais, euh, voilà, ... c'est forcément mieux. Après, ce que je vous disais, faut pas non plus trop savoir. Faudrait savoir un moment donné arrêter le phénomène. Parce que sinon, ça prend des proportions absolument insupportables. Voilà, ça peut prendre des proportions énormes. Mais, euh, la plupart, heureusement, la plupart des patients, c'est bien, enfin, non... ça peut être que bien de toute façon dans tous les domaines.
  - I : Et justement, dans le domaine clinique y'a aussi du mieux ou pas ? Parce que j'ai de certains médecins, qui me disaient que pour eux, y'avait énormément de mieux dans le domaine de l'autonomie, de l'adhésion, du mieux-être psychique, mais ils ne voyaient

- 474 pas spécialement différence en termes d'hémoglobine glyquée, de profil lipidique, de  
 475 complication...
- 476 • M : ...Ah, c'est pas vrai !! Ah, c'est pas vrai. Enfin, à partir du moment, enfin, ça  
 477 dépend... C'est toujours la même chose. Ça dépend qui on envoie.
  - 478 • I : Comment ça ?
  - 479 • M : Parce qu'évidemment, si vous envoyez à, à l'ERET, quelqu'un qui a déjà euh, euh,  
 480 je sais pas moi, allez on va dire un diabétique de 50 ans, qui est déjà, euh, comment,  
 481 cadre supérieur, à qui on a dit vous avez du diabète. "Oh ben oui, comme mon frère,  
 482 ma sœur, mes parents et cetera...", donc il sait déjà comment ça se passe le diabète,  
 483 il sait déjà ce qui va se passer. Il a 50 ans, c'est un mec qui, qui se laisse pas aller.  
 484 Donc il fait un peu jogging, ou un peu de..., qui a déjà une activité sportive... bon ben  
 485 lui, de toute façon, à part lui apporter, effectivement sur le plan, euh, comment euh, la  
 486 connaissance de la maladie un peu plus. Ben évidemment sur le plan clinique, ça va  
 487 pas changer grand-chose, parce qu'il a déjà tout.
  - 488 • I : Hum hum.
  - 489 • M : Il a déjà tout, enfin, voilà. Là, où ça change beaucoup, c'est pour ceux, à qui il  
 490 manque des morceaux, des pans du traitement. Parce que vous en avez beaucoup,  
 491 hein, qui n'ont, qui font tout mais qui ne bougent pas.
  - 492 • I : Oui, qui n'ont pas l'importance de la part non médicamenteuse.
  - 493 • M : VOILA. Ils ont oublié qu'il fallait aussi bouger et, et... Et voilà. Ou, vous avez tous  
 494 ceux qui font tout mais qui se gavent tous les week-ends (rires), non mais... Non, mais  
 495 attendez, euh "ah bon parce que y'a du sucre dans le raisin."
  - 496 • I : Hum hum.
  - 497 • M : "ben non c'est des fruits", "ben oui, mais voilà", non mais bon, "oui, mais alors  
 498 écoutez docteur, franchement, sincèrement, mais c'est pas de bol, hein, mais là, vous  
 499 me demandez de faire une hémoglobine glyquée mais on est quand même le six  
 500 janvier."
  - 501 • I : (rires)
  - 502 • M : "oui, mais c'était le mariage de la dernière", non mais voilà. Donc, c'est, c'est des  
 503 gens, ...Je comprends bien qu'il faut vivre. Oui, mais tu peux vivre, sans avoir besoin  
 504 d'exagérer euh, ton repas. Sans compter, que même si tu fais un bon repas, tu peux  
 505 pendant huit jours derrière faire attention... Voilà.
  - 506 • I : Hum hum.
  - 507 • M : Ça c'est l'ERET qui va leur apporter ça. Une compréhension d'un certain équilibre.  
 508 Là tu vas gagner, hein.
  - 509 • I : D'accord.
  - 510 • M : Là, tu vas gagner ... tu vas gagner un point ou un point et demi d'hémoglobine  
 511 glyquée. Tu vas gagner euh, sur le cholestérol, tu vas gagner sur le plan... Evidemment  
 512 pour l'autre là, dont je viens de vous dire, euh, qui a déjà une partie des choses, parce  
 513 que ça existe hein, non, sans rire, le mec de 50 ans, qui fait son jogging, ou bien du  
 514 moins, qui court un peu le week-end, euh, qui fait attention à ce qu'il mange, parce que  
 515 c'est des gens euh, déjà, je veux pas dire qui habitent en ville, parce que ... voilà, et  
 516 que, qui sait déjà...de toute façon, il savait qu'il ... "vous savez docteur, c'est pas une  
 517 surprise, parce que vous savez, mon frère, ma sœur, mon père, ma mère ... hein, je le  
 518 savais que je vais finir diabétique, ... Donc c'est pas une surprise". "J'essaye de faire  
 519 attention, malgré tout, un jour ou l'autre"... Même si tu fais attention, tu vas l'avoir ton  
 520 diabète.
  - 521 • I : Hum hum.
  - 522 • M : Donc forcément, ben ce type là on va pas gagner énormément. Il va tenir plus  
 523 longtemps. Il va pas, il va pas tomber, il va tenir plus longtemps, mais l'éducation  
 524 thérapeutique ne va pas lui apporter autant que celui qui fait n'importe quoi.
  - 525 • I : Oui c'est sûr.

- 526 • M : Et qui mange au self, ou au routier la semaine, et que "ouais, ben oui, effectivement,  
527 ben oui je suis d'accord, il y a effectivement des haricots, enfin bon tout le monde prend  
528 des frites", vous voyez, non mais. (rires).
- 529 • I : (rires)
- 530 • M : "Ah bon, en entrée je prends des carottes râpées, comment ça je peux pas prendre  
531 des carottes en entrée ?" "Ben non c'est du sucre". "Ah ! Alors, je prends quoi, parce  
532 que c'est carottes râpées, œuf dur mayo, ou tranche de charcuterie ? "
- 533 • I : Oui, c'est qu'ils ne connaissent pas assez, c'est surtout au niveau diététique, en fait  
534 ?
- 535 • M : Alors, là, c'est l'exemple au niveau diététique, mais l'exemple au niveau du sport,  
536 je l'ai, donc après, qu'est-ce qui peut y avoir d'autre comme exemple ? Voyons, voyons,  
537 le, le, le... y'a pas si longtemps, on a un problème avec une dame, qui est diabétique  
538 donc, et qui nous montre ses pieds, je dis nous, parce que j'étais avec l'interne.
- 539 • I : D'accord.
- 540 • M : Elle nous montre ses pieds et elle a deux belles crevasses. Elle est diabétique.  
541 Alors on lui dit "ben ouais, euh, ça va pas, faut que vous fassiez attention à vos pieds,  
542 parce que ...Et puis regardez, vous avez quand même une corne assez importante, ça  
543 va pas le faire, alors, euh, bon. On va déjà commencer par faire des bains de pieds, et  
544 puis on va mettre une pommade antibiotique au niveau des crevasses et puis on va  
545 surveiller la cicatrisation. Et puis après, il va vous falloir quand même décapier vos  
546 pieds, et cette corne qui vous gêne, donc on va mettre une pommade à base d'urée,  
547 pour essayer de décapier vos ... vos pieds."
- 548 • I : Oui.
- 549 • M : D'accord. Et puis un mois après, on regarde et puis "Ah bon, déjà y'a une des  
550 crevasses qui a bien guéri, c'est pas mal, puis la deuxième... Mais par contre, y'a  
551 toujours la corne, hein ?" "Ben oui, je sais, mais vous comprenez la pommade à base  
552 d'urée, c'est pas remboursé..."
- 553 • I : Oui.
- 554 • M : D'accord. "Bon alors on va vous expliquer la situation est claire, vos pieds c'est  
555 important pour le diabète, parce que ..." voilà. Un exemple, pour lequel, la ... comment,  
556 l'éducation thérapeutique pourrait être utile. Parce que ça permettrait de remettre les  
557 choses au clair concernant les pieds diabétiques et le traitement des pieds. Ainsi de  
558 suite.
- 559 • I : Hum hum.
- 560 • M : Je peux trouver des exemples partout.
- 561 • I : Oui, oui.
- 562 • M : Mais c'est vrai que pour le diabète, le principal problème, c'est l'éducation  
563 alimentaire, hein. De toute façon, pourquoi y'a autant de diabétiques ?
- 564 • I : D'accord, et au niveau des complications, en tout cas aigues, hospitalisations, est-  
565 ce que vous voyez une amélioration aussi ?
- 566 • M : (Pause). Les diabétiques on leur... ça fait partie, enfin.... Pas les diabétiques, mais  
567 tous, hein, quand on fait un programme d'éducation thérapeutique, parce que nous,  
568 c'est ce qu'on a fait. Les premières questions qu'on se pose, c'est les questions pour  
569 sauver. Toujours. Dans la première, dans les premiers euh, comment, dans les  
570 premiers ateliers, c'est comment ...Donc euh, forcément, pour le diabétique, la première  
571 chose qu'on va lui apprendre c'est la glycémie. Les risques si le sucre est trop élevé,  
572 et les risques si le sucre est trop bas. Donc, euh, lui apprendre à gérer les  
573 hypoglycémies, lui apprendre à gérer les hyperglycémies.
- 574 • I : Hum hum.
- 575 • M : En gros, c'est ce qu'ils appellent la mise en sécurité.
- 576 • I : Oui.
- 577 • M : On est d'accord.
- 578 • I : Oui.

- 579 • M : Donc la mise en sécurité ça commence par ça. Donc, je ne vois pas pourquoi ça  
580 n'aurait pas un impact sur une hospitalisation future puisque c'est la première chose  
581 qu'on leur apprend.
- 582 • I : Hum. Oui, on leur apprend à gérer ses complications, mais en pratique, en ont-ils  
583 moins ?
- 584 • M : Oui, c'est ce que je viens de vous dire.
- 585 • I : D'accord. (pause). Est-ce que eux-mêmes, ils le perçoivent de manière positive ?
- 586 • M : Oui.
- 587 • I : Ouais ?
- 588 • M : Oui.
- 589 • I : Tous, y'en a pas qui...
- 590 • M : ...Ben si, y'en a toujours qui sont pas contents. Evidemment, y'en a toujours qui  
591 sont pas contents, mais, dans la grande majorité, ils sont contents de faire partie,  
592 d'avoir été, d'avoir été à l'ERET. Alors, je ne dis pas, je ne dis pas qu'ils vont jusqu'au  
593 bout.
- 594 • I : D'accord.
- 595 • M : Voilà, je ne dis pas qu'ils vont jusqu'au bout du cycle. Mais, euh, ce qu'ils ont fait,  
596 de toute façon, ils en sont contents.
- 597 • I : D'accord.
- 598 • I : Et y'en a beaucoup justement, qui arrêtent euh, avant la fin ?
- 599 • M : J'ai du mal à me rendre compte, mais je trouve que j'ai plus de la part de l'ERET,  
600 que j'ai plus de papiers de départ, vous savez, ben justement, la conclusion de, que je  
601 dois contresigner. J'ai plus de papiers de départ que de papiers d'arrivée.
- 602 • I : D'accord.
- 603 • M : Ça c'est sûr.
- 604 • I : D'accord.
- 605 • M : Alors, est-ce que c'est parce que je ne reçois pas tous les papiers d'arrivée, c'est  
606 possible, hein. C'est possible, mais, je trouve que j'ai plus de... Oui, je pense qu'ils ne  
607 vont pas tous jusqu'au bout.
- 608 • I : D'accord.
- 609 • M : Mais par contre, tout ce qu'ils ont fait, ils en sont contents.
- 610 • I : D'accord.
- 611 • M : Et je dis je pense, mais j'en suis même sûre, parce que par exemple, je sais très  
612 bien que sur le plan du sport par exemple, y'en a beaucoup qui s'inscrivent, qui font  
613 une, deux, trois séances, et qui s'arrêtent. On est loin des huit.
- 614 • I : Hum.
- 615 • M : Donc, c'est des gens qui ne vont pas jusqu'au bout.
- 616 • I : Et justement, est-ce que vous vous servez des petits comptes rendus qu'ils vous  
617 envoient pour faire le point avec vos patients ?
- 618 • M : J'ai, euh, j'ai des papiers tout pré faits, pour les envoyer à l'ERET, à la première  
619 consultation. Je reçois, euh, le papier, euh, à la suite de l'éducation thérapeutique. Je  
620 ne m'en sers absolument pas.
- 621 • I : D'accord...
- 622 • M : ...il est dans le dossier du patient, mais je ne m'en sers pas.
- 623 • I : D'accord.
- 624 • M : Non, alors la réponse est non.
- 625 • I : D'accord. Pourquoi ?
- 626 • M : La, la.... Je ... Je ne sais pas, c'est vrai, je vais vous dire la réponse, hein, je ne sais  
627 pas rebondir sur l'éducation thérapeutique. Pour moi, c'est une partie des choses, voilà.  
628 C'est un bloc ...
- 629 • I : A part...
- 630 • M : ...Voilà, un bloc que je propose, mais, mais, je n'ai pas .... enfin, je ne me sers pas  
631 de ça. Après, je ne suis pas sûre que eux se servent de ce que moi je dis, donc euh.

- 632 • I : Par exemple, s'ils précisent qu'il y a un point qui n'est pas acquis, euh, vous, vous  
633 n'essayez pas de rebondir dessus après avec le patient ?
- 634 • M : C'est ça que je vous dis. Je ne suis pas du tout certaine, je ne reçois pas beaucoup  
635 de papiers de fin de programme. Donc, je ne reçois pas beaucoup de papiers qui me  
636 disent, ça c'est pas acquis, ça c'est pas acquis.
- 637 • I : D'accord.
- 638 • M : Je reçois le premier papier pour me dire ce qu'ils vont faire
- 639 • I : Hum.
- 640 • M : Mais je ne reçois pas beaucoup de papier final.
- 641 • I : D'accord.
- 642 • M : Et, c'est peut-être là qui est le problème.
- 643 • I : Ben oui, parce que normalement, ils envoient euh...
- 644 • M : ...Ben moi j'en reçois pas.
- 645 • I : D'accord. Oui, donc c'est sûr que c'est pas facile pour vous après...
- 646 • M : ...Ben voilà. Je vais recevoir des papiers de fin, pour me dire qu'il a fait tout ce qu'il  
647 avait à faire, machin, et que éventuellement, il peut se réinscrire l'année prochaine.
- 648 • I : D'accord, c'est de ça dont je parlais.
- 649 • M : Ça j'en reçois, mais des entre deux, où il manque ci ou il manque ça, je n'en vois  
650 pas.
- 651 • I : D'accord. Donc pour vous il faudrait renforcer le dialogue, pendant la période  
652 d'éducation entre l'ERET et le médecin traitant ?
- 653 • M : Oui, clairement.
- 654 • I : D'accord.
- 655 • M : Pour aider au mieux le patient et rebondir en consultation après.
- 656 • I : Et, est-ce que vous vous en servez, sans parler du compte rendu, est-ce que vous  
657 en parlez dans la consultation avec le patient de son passage à l'ERET ?
- 658 • M : Oui.
- 659 • I : D'accord.
- 660 • M : Oh, ben oui, bien sûr. Bien sûr, "vous avez appris quoi ?", euh, oui, oui,  
661 régulièrement. "ça vous a servi à quoi ?", oui, oui.
- 662 • I : Et vous avez l'impression que ça vous apporte ?
- 663 • M : "La diététicienne, ça vous aide ?"
- 664 • I : Hum hum.
- 665 • M : Ben, ça m'apporte dans la conversation. Ça permet d'avoir une réponse parce que  
666 jusqu'à présent, c'étaient toujours des conversations à sens unique.
- 667 • I : Oui.
- 668 • M : Puisque c'est moi qui leur donnais les idées, et les machins.
- 669 • I : Oui, oui, ils n'avaient qu'à intégrer le message.
- 670 • M : Exact, alors que quand je leur dis : "ça donne quoi ? Et le sport, vous avez essayé  
671 ?"
- 672 • I : Hum hum.
- 673 • M : "oui", "non", "ça ne m'intéresse pas", enfin voilà. Mais y'a une conversation qui  
674 s'installe. Voilà.
- 675 • I : Est-ce que vous avez l'impression que les... chez certains patients il y a un effet  
676 néfaste, un effet anxigène ? (pause) Quand vous disiez tout à l'heure, par exemple,  
677 qu'ils voulaient toujours plus euh...
- 678 • M : Non, .... oui, ça oui. Ça, c'est une possibilité, elle existe, hein. Et je pense  
679 qu'effectivement ... Je sais pas si c'est néfaste, hein, mais, euh, mais c'est quelque qui  
680 me ... Alors après c'est peut-être moi, que ça gêne. (rires) D'avoir en face de moi, des  
681 gens qui ... Après, je ne sais plus les gérer, parce que, on se retrouve des fois avec  
682 des gens qui affirment ...Et, alors tu te poses la question, tu te dis "est-ce qu'il a raison  
683 ? Est-ce qu'il a tort ? Est-ce qu'il a mal compris ?", Peut-être parce que je ne me sens  
684 pas assez experte moi-même.

- 685 • I : Oui, le rôle, enfin le rapport de force entre guillemets change, et c'est ça qui vous  
686 met mal à l'aise, c'est ça qui est difficile à gérer.
- 687 • M : Ben oui. Après, c'est moi que ça gêne.
- 688 • I : Hum hum. Mais y'a pas d'effet, ... vous avez pas l'impression que ça a un effet  
689 anxiogène chez les patients ?
- 690 • M : Non, non, franchement non.
- 691 • I : D'accord.
- 692 • M : Franchement non. Les gens qui ont abandonné, qui abandonnent l'ERET, qui n'y  
693 vont plus, c'est pas parce que ça leur a fait peur, hein.
- 694 • I : D'accord et pourquoi alors, ils vous le disent ?
- 695 • M : C'est parce qu'ils sont soit euh, trop ..., comment, euh, ils ont pas envie, voilà. Ça  
696 leur prend du temps
- 697 • I : Hum hum.
- 698 • M : C'est plutôt, c'est plutôt. Moi, c'est plutôt... comment on va dire, pas de la  
699 fainéantise, m'enfin..., voilà, c'est plutôt ça.
- 700 • I : D'accord. D'accord.
- 701 • M : Je leur dis : "ben vous êtes sûr ?" ; ils disent "oh ben vous savez, euh, pfff,  
702 franchement, euh, c'est pas intéressant, ... ça m'intéresse pas. C'est du temps de  
703 perdu, c'est, c'est ... oh, ça va ... bon, c'est bon, hein, je sais bien que faut pas manger  
704 de sucre, hein. Bon, j'ai autre chose à faire, moi". Mais voilà.
- 705 • I : Hum.
- 706 • M : Plutôt des patients qui sont dans le négatif. T'as cru qu'ils allaient accepter, et puis  
707 finalement euh. C'est quelque chose qui leur, qui leur .... l'éducation thérapeutique leur  
708 confirme que faut pas qu'ils mangent ci, faut pas qu'ils mangent ça.
- 709 • I : Oui, d'accord. C'est des gens qui sont ..., qui savent mais qui n'adhèrent pas  
710 spécialement...
- 711 • M : ...Oui, c'est ça.
- 712 • I : D'accord.
- 713 • M : Ils savent, mais finalement, ils préféreraient pas savoir (rires).
- 714 • I : (rires)
- 715 • M : Mais, c'est vrai. Non, sinon je pense pas ..... Je pense pas que ça ait des côtés  
716 néfastes, sincèrement, je ne pense pas que ça ait des côtés néfastes, négatifs.
- 717 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression de prescrire plus de d'ERET depuis  
718 que vous avez fait votre formation ?
- 719 • M : Oui. Certainement.
- 720 • I : Oui ?
- 721 • M : Bien sûr, évidemment. Evidemment, puisque maintenant, je sais ce que c'est.
- 722 • I : Hum.
- 723 • M : Donc, évidemment oui.
- 724 • I : Vous avez élargi le type de patient à qui vous proposez, ou vous y pensez plus ?
- 725 • M : De toute façon ... non, ... parce que ça tu ne peux pas élargir le type de patient,  
726 puisque de toute manière, tu as que certaines zones...
- 727 • I : Et les zones, vous les faisiez déjà toutes avant ?
- 728 • M : Non, oh, ben non. J'irai même jusqu'à dire que, euh .... euh, avant... Alors, avant  
729 l'ERET, on avait à ville B, un truc spécial pour les diabétiques.
- 730 • I : D'accord.
- 731 • M : Ça s'appelait X.
- 732 • I : D'accord.
- 733 • M : Et donc, donc les diabétiques, on savait déjà qu'ils avaient une possibilité de suivi.  
734 D'accord. Donc, ça n'a pas tellement changé après. La seule chose qui a changé, c'est  
735 que c'est devenu, euh, régional, euh... voilà, très formaté, et machin. Donc c'est la seule  
736 chose qui a changé sinon en soit, ils étaient déjà suivis les diabétiques.
- 737 • I : D'accord.

- 738 • M : Moi, j'ai pris la succession de mon père, qui lui, euh, allait déjà faire, donner, donner  
739 des espèces de cours d'éducation thérapeutique, à ces patients à la mairie.
- 740 • I : D'accord.
- 741 • M : Il les faisait marcher ; il faisait un dextro avant d'aller marcher, ils partaient marcher  
742 une demi-heure, ils revenaient, il refaisait les dextros, pour leur prouver que le sport  
743 avait...et attends, c'était y'a ...vingt ans.
- 744 • I : D'accord.
- 745 • M : Donc, ça existait déjà, ça n'en avait pas la pertinence d'aujourd'hui, mais ça existait  
746 déjà.
- 747 • I : D'accord.
- 748 • M : Mais par contre, depuis que j'ai fait moi-même le, le, le diplôme d'éducation  
749 thérapeutique, effectivement, que c'est plus facile pour moi parce que ça me... d'abord,  
750 parce que je connais l'équipe de ville A, aussi bien que l'équipe de ville B. Je les connais  
751 physiquement, et puis, euh, et puis ensuite parce que, euh, ben parce que je me rends  
752 compte que c'est devenu effectivement quelque chose de, de euh...ben pratiquement  
753 incontournable on va dire. Voilà.
- 754 • I : Donc, pour vous, si j'ai bien compris, on ne peut pas élargir le type de patient pour  
755 lequel on, on prescrit l'ERET, euh, mais vous en prescrivez plus, parce que vous  
756 connaissez mieux, mieux le sujet de l'éducation, c'est ça ?
- 757 • M : Exactement, bien sûr. Je suis plus sensibilisée donc j'y pense plus, mais je ne peux  
758 pas le prescrire à tout le monde, comme je vous ai expliqué avant.
- 759 • I : D'accord. (pause) Et qu'est-ce que vous pensez du marqueur de l'hémoglobine  
760 glyquée ?
- 761 • M : A quel propos ?
- 762 • I : Ben ... est-ce que vous pensez que c'est bien pour le patient ? Est-ce que vous  
763 en servez euh... ?
- 764 • M : De l'hémoglobine glyquée ?
- 765 • I : Hum.
- 766 • M : Ben, bien sûr. L'hémoglobine glyquée, ça fait partie de l'examen, ça fait partie de  
767 la prise de sang qu'on demande tous les trois mois.
- 768 • I : Oui.
- 769 • M : Euh, j'explique systématiquement... parce qu'ils sont souvent là à me dire euh,  
770 "regarde ma glycémie, elle est plus haute, elle est moins haute." "Ça change rien, moi  
771 ce qui m'intéresse, moi, c'est celui-là le taux d'hémoglobine glyquée, parce qu'il reflète  
772 vos taux de glycémie des trois derniers mois. C'est avec celui que vous ne pouvez pas  
773 tricher." Donc, non, c'est euh...
- 774 • I : Vous demandez en systématique la glycémie en même temps ou pas ?
- 775 • M : Oui.
- 776 • I : D'accord.
- 777 • M : C'est toujours tous les trois mois. Tous les trois mois, c'est glycémie, hémoglobine  
778 glyquée, créat.
- 779 • I : D'accord.
- 780 • M : Voilà, mes patients ont ça, tous les trois mois. Je suis capable, pour n'importe quel  
781 diabétique de faire une courbe d'hémoglobine glyquée. Comme une courbe de  
782 glycémie, comme une courbe de créat tous les trois mois.
- 783 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que le patient il le comprend ce  
784 chiffre-là ?
- 785 • M : Ah oui. Ah oui, oui. Il sait qu'il doit être entre six et sept et il sait quand ils sont en  
786 dessus de sept, c'est ... c'est moyen quoi. Alors je leur dis : "entre 7 7,5, ça va encore  
787 à votre âge ! C'est bon, vous êtes bien équilibré" Mais, euh, souvent, non, non. Souvent  
788 c'est euh : "non mais ça va pas là, ça monte, hein. Comment ça se fait que ça monte."
- 789 • I : D'accord. Donc vous, vous vous en servez pour euh, pour les motiver, pour les...
- 790 • M : ...Ben bien sûr, je m'en sers. Je m'en sers tout le temps de l'hémoglobine glyquée.

- 791 • I : Ok, d'accord. Et par rapport aux ROSP et qu'il faut faire les trois quatre hémoglobines  
792 glyquées par an, vous en pensez quoi ?
- 793 • M : Ben quatre hémoglobines glyquées par an, ça fait trois mois, hein, trois fois quatre  
794 douze.
- 795 • I : Hum.
- 796 • M : Non, moi ça me paraît tout à fait correct, puisque c'est ce que je fais.
- 797 • I : D'accord. Vous, vous pensez que c'est une bonne manière de ..., ben de..., un bon  
798 moyen de suivi quoi ?
- 799 • M : Alors non... Je trouve que c'est une bonne manière de faire le suivi de faire les  
800 hémoglobines glyquées.
- 801 • I : D'accord.
- 802 • M : La ROSP ça reste la ROSP. C'est un problème euh... Pour moi, la ROSP, c'est  
803 pas tellement un problème médical, c'est un problème, euh, comment ...financier. Voilà.  
804 Ben, c'est comme ça, hein. C'est la façon qu'ils ont trouvée de, de, de... de nous  
805 rémunérer.
- 806 • I : Hum. Mais vous pensez que c'est bien de contrôler ce marqueur ?
- 807 • M : Non, là ça va devenir politique, ça va devenir tout ce qu'on veut, là c'est une autre  
808 discussion, c'est plus du tout la même chose.
- 809 • I : D'accord. Mais par rapport au diabète, pour vous, vous trouvez ça cohérent que ce  
810 soit par rapport au..., par rapport à l'hémoglobine...
- 811 • M : ...Oui. Oui, moi, ça me convient, enfin, oui moi je trouve. De toute façon, quel autre  
812 marqueur on aurait ?
- 813 • I : Oui, ben justement...est ce que c'est le ..., est-ce que c'est le marqueur qu'il faut,  
814 qu'il faut privilégier dans le suivi du diabète ?
- 815 • M : Et ben, je ne connais pas d'autre marqueur pour le suivi du diabète.
- 816 • I : Non, mais je veux dire, est-ce que pour le suivi du diabète, euh, ce serait pas mieux,  
817 de prendre autre chose en compte que le marqueur ? C'est ça que je voulais dire. Par  
818 exemple, euh, le suivi chez les spécialistes, l'adhésion au traitement, ou le fait  
819 d'appartenir à un groupe d'éducation thérapeutique, ou des choses comme ça...
- 820 • M : Mais, oui. Mais seulement le problème, c'est que l'adhésion au traitement, le fait  
821 de, le fait de, ... ou le fait de bien faire attention à son alimentation, ou le fait de bien  
822 faire du sport, ça se sont des moyens pour obtenir un résultat. Ton résultat, c'est ton  
823 hémoglobine glyquée, parce que c'est elle qui te, qui te..., qui te dit que tu améiores ta  
824 situation, et qui te dit que ... comment, ben je vais pas dire que tu guéris, mais euh,  
825 mais que tu t'améiores. Les autres, les autres, ... pour l'instant, les autres que vous  
826 avez cité, ce sont des moyens d'y arriver.
- 827 • I : Mais, par exemple, celui qui, fait passivement tous les trois sa prise de sang mais  
828 qui ne fait pas d'autre suivi et pas d'activité, il aura finalement peu de résultats.
- 829 • M : Ben, oui il aura forcément des résultats moindres. Il se retrouvera avec une  
830 hémoglobine glyquée à 8, malgré le fait que il fait ... qu'il fait bien son traitement, malgré  
831 le fait que ... y'a quelque chose qui manque à ce monsieur. Forcément. Est-ce que c'est  
832 sur le plan médicamenteux, donc c'est moi, qui vais augmenter ses médicaments. Est-  
833 ce que c'est sur le plan des à-côtés, peut-être je ne sais pas.
- 834 • I : Oui c'est sûr. Donc, ce que je veux dire, c'est que pour éviter les complications ...  
835 parce que c'est ça ... le but des ROSP, c'est diminuer le coût de la santé, donc diminuer  
836 les complications. Faudrait peut-être mieux, euh, comment dire ... accentuer le suivi  
837 chez les spécialistes ou l'éducation thérapeutique, plutôt que d'être content avec nos  
838 quatre hémoglobines glyquées par an, chez le patient mal suivi qui arrive tous les trois  
839 mois avec son HbA1C à 9.
- 840 • M : (pause) Oui peut-être. (soupir), je sais pas qui a raison (rires).
- 841 • I : D'accord. (sourire) Bon changeons de sujet. Est-ce que vous avez l'impression que  
842 la consultation, euh... la gestion de la consultation est différente avec les patients qui  
843 sont ... qui sont éduqués on va dire ?

- 844 • M : Bien entendu, évidemment que la gestion est différente. Quand vous avez un  
845 patient qui est éduqué, il a des questions d'abord, probablement la plupart du temps,  
846 plus pertinentes.
- 847 • I : D'accord.
- 848 • M : Ensuite, parce que, c'est ... c'est la différence que ça fait entre une discussion qui  
849 est que dans un sens et une conversation qui est dans les deux.
- 850 • I : Hum hum.
- 851 • M : Parce que quelqu'un qui est pas, qui... enfin, je vais pas dire que y'en a qui n'ont  
852 pas d'éducation, qui n'ont pas fait d'éducation thérapeutique et qui pourtant peuvent  
853 assumer, d'accord, parce qu'ils vont rechercher, parce qu'ils ont des idées, parce qu'ils  
854 ont eu des parents ou de la famille qui avaient du diabète, donc ils ont des questions à  
855 poser. Ils ont souvent des questions à poser d'ailleurs, sur la conduite à tenir. Parce  
856 qu'ils ont le souvenir d'avoir vu leur père ou leur mère avec le diabète, avec des  
857 problèmes de vue ou avec des problèmes de cœur, avec un infarctus. Parce que : "mon  
858 père il a fait un infarctus et il avait pas de douleur, parce qu'il avait son diabète. Alors,  
859 est-ce que je peux pas, moi risquer d'avoir..." ben voilà. C'est souvent ça, c'est souvent  
860 les, les ... c'est les complications qui les inquiètent.
- 861 • I : Hum hum.
- 862 • M : A partir du moment où ils ont du diabète dans leur famille. D'ailleurs, faut dire aussi  
863 que peut-être grâce à la ROSP, le diabète tout le monde en parle. C'est LA maladie qui  
864 a au moins un suivi au ROSP, les autres... On peine à leur trouver un suivi au ROSP,  
865 et pourquoi on peine à leur trouver des suivis au ROSP ? Pourquoi est-ce que les  
866 asthmatiques n'ont pas de suivi ROSP ? Ben, parce que les asthmatiques n'ont pas de  
867 marqueur. Y'a pas de marqueur. Voilà. Parce que sinon les asthmatiques, y'a sûrement  
868 beaucoup de travail et y'aurait sûrement beaucoup d'intérêt sur le plan financier.  
869 Puisque les, les produits... les produits qui sont en vente pour l'asthme, c'est  
870 vachement cher. On ne s'accroche, on ne s'accroche finalement, quand tu regardes la  
871 ROSP qu'à des choses qui sont mesurables. Là, depuis cette année, on intègre les  
872 enfants dans l'obésité. L'obésité de l'enfant, il y a des marqueurs. Il suffit de mettre le  
873 poids et la taille, et on a notre IMC. Et l'affaire est faite. Et comment, comment, euh  
874 ...comment suivre un enfant obèse, c'est forcément avec le poids et la taille. Ah ben oui  
875 mais cet enfant il fait du sport, ben non ça suffit pas. Ça se sont des moyens pour  
876 obtenir un truc. Voilà on est dans des domaines de marqueurs... Enfin, je pense.
- 877 • I : (pause) Est-ce que la... la consultation est plus longue ou moins longue ou est-ce  
878 que ça change rien ?
- 879 • M : Ça change rien.
- 880 • I : D'accord.
- 881 • M : Le temps des consultations, le temps de la consultation, elle est dépendante du  
882 temps de la discussion. Si lors d'une consultation pour un renouvellement, et qu'il n'y  
883 a rien de plus à l'examen. "ça va ?" "ça va." "Pas de problème ?" "pas de problème."  
884 Pff, voilà. Le deuxième patient, il vient pour son renouvellement : "ça va ?" "ah ben, je  
885 voulais vous dire justement, docteur, à propos de ..." Voilà. Le temps de la consultation,  
886 il va être plus long, forcément. Mais si j'ai devant moi, de toute façon, quelqu'un qui ne  
887 me parle pas et qui n'a pas envie, je peux pas lui poser des questions dix fois, ....
- 888 • I : ...Oui, ça c'est sûr...
- 889 • M : ...Je peux pas, enfin, voilà. Moi, je ne vais pas plus dire voilà, vous faites bien du  
890 sport, vous faites bien ceci, vous faites bien cela. C'est là que je dis que si j'en étais à  
891 faire ça, je ferai moi-même ma propre éducation thérapeutique. Et j'ai pas, je n'ai pas  
892 le temps. J'ai pas le temps, enfin pas les moyens, ou pas l'envie, non plus. C'est-à-dire  
893 chacun ... moi je vois ça comme ça, chacun son rôle. Maintenant, si c'est quelqu'un qui  
894 vient me parler en me disant : "y'a un truc que je comprends pas docteur, euh....  
895 comment, .... je ... j'étais au mariage de mon petit-fils, ah ben franchement, le lendemain

- 896 ma glycémie elle était à fond. C'est pas possible..." ; je leur dis "ben attendez-vous avez  
897 mangé quoi ?" Là, on va discuter.
- 898 • I : Hum hum.
  - 899 • M : On va discuter deux minutes, trois minutes, cinq minutes. Le temps qui faut, mais  
900 on n'est pas dans le ... voilà. Evidemment, la consultation va durer plus longtemps.
  - 901 • I : Hum. Mais vous avez pas l'impression qu'ils ont tous plus de questions ?
  - 902 • M : Non.
  - 903 • I : Et que les consultations sont en général toutes plus longues ?
  - 904 • M : Bien sûr que non. Et d'autant, d'autant qu'en plus, ils ont finalement peut-être même  
905 moins de questions, parce que toutes les questions, ils les posent...
  - 906 • I : A l'ERET ?
  - 907 • M : Bien sûr.
  - 908 • I : D'accord.
  - 909 • M : Donc, à partir du moment où vous avez un, un ... A partir du moment où vous avez  
910 un lieu où vous pouvez sans problème poser toutes vos questions et avoir vos  
911 réponses. Pff ! ...Voilà. Non, franchement, je ne remarque pas qu'une consultation soit  
912 plus longue ou moins longue. Ça dépend.
  - 913 • I : D'accord. Et est-ce que la relation médecin patient change avec ...Suite au passage  
914 à l'ERET ?
  - 915 • M : Je sais pas. Ça pourrait changer... Ça changera si effectivement mon patient il  
916 devient patient expert.
  - 917 • I : Hum.
  - 918 • M : Parce que là, moi je vais avoir des problèmes pour lui répondre, je vais me sentir  
919 moins bien, plus à l'aise. Lui, il va me réclamer des choses que je ne suis pas capable  
920 de lui donner. Je vais me sentir, euh... forcément, euh... ben insuffisante (rires).
  - 921 • I : Hum hum. (sourire)
  - 922 • M : Alors, forcément, la situation va changer. Et donc, je pense que ce patient-là, il ne  
923 viendra plus me voir moi. Il sera directement suivi par des spécialistes.
  - 924 • I : D'accord.
  - 925 • M : C'est l'impression que ça peut me donner. Parce que à partir du moment où je ne  
926 peux plus répondre à ses questions, il va plus voir d'intérêt à venir me voir moi. Donc il  
927 ira directement voir les spécialistes. Et y'a beaucoup de patients que les spécialistes  
928 revoient tous les trois mois, hein.
  - 929 • I : Ouais.
  - 930 • M : C'est une façon aussi de... limiter, euh, mon nombre de consultations chez  
931 l'endocrino, moi, hein.
  - 932 • I : Comment ça ?
  - 933 • M : Parce que, quand vous envoyez un patient à un endocrino une fois et que vous ne  
934 voyez plus le patient, parce que l'endocrino leur donne des rendez-vous tous les trois  
935 mois, (tapote des doigts sur le bureau) ... c'est ennuyeux...
  - 936 • I : Oui, c'est sûr.
  - 937 • M : Ça, ça existe aussi. Ça, ça peut être une complication du phénomène. Voilà. Voilà
  - 938 • I : (rires). Et le patient ne se sent pas plus ou moins à l'aise avec vous, suite à l'ERET  
939 ? ... Enfin, ça, ça change ou pas ?
  - 940 • M : Ah non.
  - 941 • I : Ça, ça change rien.
  - 942 • M : Ah non. Là, je suis médecin de campagne, hein, donc médecin de famille. Donc,  
943 médecin de toute la famille. Donc, en règle générale, j'ai pas de problème de malaise  
944 avec mes patients.
  - 945 • I : D'accord.
  - 946 • M : Ou du moins, je ne pense pas que les patients aient des problèmes de malaises  
947 avec moi.
  - 948 • I : Hum hum.

- 949 • M : Parce que même ceux qui sont partis y'a longtemps, et qu'ils ont changé de  
950 médecin, quand il y a un problème ou quand ils ont une question un peu bizarre à  
951 poser, ils viennent me revoir moi, hein.
- 952 • I : D'accord, d'accord. Pour vous ça ne change pas, les bases de la relation sont faites  
953 avant pour vous.
- 954 • M : Oui, oui.
- 955 • I : D'accord.
- 956 • M : Non, pour moi ça change pas.
- 957 • I : D'accord. Et juste pour finir, est-ce que vous, d'un point de vue plus personnel euh,  
958 euh, ça vous procure plus de satisfaction, ou plus de frustration, comme vous disiez...  
959 D'un point de vue global, c'est quoi le ressenti que vous avez, face à cette prise en  
960 charge ?
- 961 • M : D'un point de vue global, je pense que c'est intéressant. Voilà.
- 962 • I : D'accord.
- 963 • M : Je pense que c'est intéressant, mais ce qui me frustre, puisqu'on en a parlé, c'est  
964 l'idée qu'un moment donné je perde mes patients, voilà. C'est-à-dire que je veux bien  
965 beaucoup de choses, je veux bien envoyer à l'hôpital, je veux bien ...Voilà. Mais je veux  
966 garder mes patients. Je vais pas dire "c'est les miens", mais je veux les garder. Je ne  
967 comprends pas, je ne peux pas concevoir, que quand j'ai besoin d'un spécialiste, on  
968 va parler du diabète mais ça marche pour tout.
- 969 • I : Oui.
- 970 • M : J'ai besoin d'un spécialiste parce que j'ai un patient qui a un diabète et je n'arrive  
971 plus à gérer. Je ne peux pas concevoir de ne pas pouvoir avoir de rendez-vous  
972 rapidement alors que je sais que cet endocrinologue me prend mes patients et me les  
973 garde et se les reprend tous les trois mois. Ça, c'est insupportable. Pour moi, un  
974 spécialiste, c'est quelqu'un qu'on peut avoir quand on a besoin d'accord.
- 975 • I : Hum. (acquiescement)
- 976 • M : Et qui une fois qu'il a réglé le problème aigu, je ne dis pas que ça va être en une  
977 fois, hein, ça peut être en six mois, huit mois, neuf mois, je m'en fous. Et qui va, à un  
978 moment donné, dire au patient, c'est bon maintenant, retourner voir votre médecin. Et  
979 ça, ça marche dans tous les domaines hein.
- 980 • I : Hum hum.
- 981 • M : Parce que le problème c'est ça. Pourquoi, est-ce qu'on arrive pas à avoir de  
982 consultations avec les spécialistes rapidement. C'est parce que, c'est, c'est embolisé  
983 par des gens qui sont déjà là. Quand j'ai un cardiologue qui est débordé de travail, et  
984 quand j'entends sa secrétaire me dire : "on ne prend plus de nouveaux patients", mais  
985 là, tu te dis "c'est pas possible, comment peux-tu ne pas prendre de nouveaux patients  
986 quand tu es cardiologue ?" Je fais quoi de patient insuffisant coronarien aigu.
- 987 • I : Oui, non mais c'est sûr.
- 988 • M : Mais pourquoi, il ne prend plus de nouveau patient, parce qu'il est en train de  
989 s'occuper de ceux qu'il a déjà anciens et qu'il les voit de manière intempestive...  
990 probablement. Probablement ! Parce que sinon je comprends pas. Parce que  
991 normalement un diabéto ... t'envoies ton patient voir le diabéto. Le diabéto le voit,  
992 décide de l'instauration de l'insuline ou décide de... parce que bon, c'est arrivé hein,  
993 "ben faudrait qu'on lui mette l'insuline en deux fois, ou ben pour lui, faudrait qu'on lui  
994 associe un truc". Ok. Je le revois à votre demande, je ne le revois pas  
995 systématiquement dans trois mois, systématiquement dans six mois,  
996 systématiquement dans neuf mois, systématiquement dans douze mois... (tape sur le  
997 bureau)
- 998 • I : Oui c'est sûr.
- 999 • M : Voilà. Et le problème de l'ERET, c'est que c'est aussi quelque fois une ouverture,  
1000 c'est-à-dire que, quand vous envoyez à l'ERET, vous envoyez à, à des gens, à des

- 1001 personnes, qui vont donner des... des...d'accord. Et ces personnes, ça peut être des  
1002 endocrinologues.
- 1003 • I : Oui.
  - 1004 • M : Qui va dire au patient "a ben oui, mais écoutez, à ce moment-là, pour améliorer la  
1005 chose, je vais vous voir en consultation. Et là tu perds le patient. (Pause). Moi ce que  
1006 j'aime, c'est l'idée de pouvoir se servir de l'ERET, mais l'idée aussi que l'ERET me  
1007 renvoie aussi mes patients.
  - 1008 • I : Oui, que ça vous serve d'outils.
  - 1009 • M : C'est ça, peut-être le point d'échappement.
  - 1010 • I : D'accord. Il y a des patients que vous ne voyez plus, suite à l'entrée à l'ERET ?
  - 1011 • M : Oui. Voilà.
  - 1012 • I : D'accord.
  - 1013 • M : Ok, discutez de mettre une pompe à insuline à tel patient. Mais le patient à qui vous  
1014 mettez une pompe à insuline, j'aimerais bien le revoir "ouh ouh, je suis là" (en faisant  
1015 coucou avec sa main)
  - 1016 • I : D'accord.
  - 1017 • M : Parce que tu ne les revois plus, hein. Tu ne les revois plus. Enfin, tu les revois mais  
1018 pour autre chose.
  - 1019 • I : Pour autre chose. Plus pour le suivi du diabète.
  - 1020 • M : Mais plus pour ça, ça s'est fini. Et ça, ça m'embête.
  - 1021 • I : Oui c'est dommage. (pause). D'accord, ok très bien. Merci beaucoup.
  - 1022 • M : Mais je vous en prie. J'espère que ça vous aide.

1 ENTRETIEN N°6 :

2  
3 Femme, de moins de 35 ans, exerçant en secteur rural, en cabinet de groupe, installée depuis  
4 2014. Elle n'a pas de formation en ETP et n'a pas d'implication universitaire.

- 5  
6 • I : Donc je fais ma thèse sur le diabète de type 2 et sur la prise en charge des patients  
7 à l'ERET.  
8 • M : D'accord.  
9 • I : Donc, je voulais savoir déjà, si... Si vous envoyez beaucoup de patients à cette  
10 association là...  
11 • M : Beaucoup, je ne sais pas, mais j'en envoie, oui.  
12 • I : D'accord.  
13 • M : Quelque, oui, quelques-uns.  
14 • I : D'accord. Quel type de patient vous envoyez ?  
15 • M : Euh, des patients que ne comprennent pas grand-chose éventuellement à leur prise  
16 en charge. Enfin, au diabète, ou des choses comme ça, donc euh, je me dis que je ne  
17 vais pas y arriver toute seule (rires)  
18 • I : D'accord (rires).  
19 • M : Ou alors des patients éventuellement, qu'on vraiment un diabète qui n'est pas du  
20 tout bien équilibré, qu'on arrive pas à gérer, et que, ben pareil, qui vont être plus... on  
21 va dire plus pris en charge au niveau de l'alimentation.  
22 • I : D'accord.  
23 • M : Voilà, c'est plus ça, quand il y a besoin finalement d'un ...d'un... quand je sens  
24 vraiment le besoin d'un suivi diét, euh  
25 • I : Hum.  
26 • M : Ou si y'a des choses comme ça qui sont un peu plus difficile à gérer.  
27 • I : D'accord. Ok. C'est souvent avec une prise en charge diététique euh...  
28 • M : ...Ouais, ben ouais. La prise en charge diététique, après tout ce qui est activités  
29 physiques, oui, mais ... oui, mais ça il faut qu'ils acceptent quoi.  
30 • I : Oui, c'est ça, ils ont plus de mal à accepter.  
31 • M : L'activité physique, c'est dur quand même hein.  
32 • I : Hum, hum.  
33 • M : Donc voilà.  
34 • I : D'accord, ok. Euh... Est-ce que vous avez l'impression qu'ils comprennent mieux  
35 leur maladie, quand ils sont allés à l'ERET ? Une fois qu'ils y sont allés ?  
36 • M : Euh ...J'espère (rires). J'espère, mais après, c'est vrai qu'une fois qu'ils sont pris  
37 en charge là-bas, on a moins de... ben ils en discutent pas forcément beaucoup. Moi,  
38 je vais pas aller chercher. Après c'est vrai que si je vois que y'a des résultats entre  
39 guillemets, je vais pas aller forcément titiller, sachant qu'ils sont pris en charge et tout  
40 ça.  
41 • I : D'accord.  
42 • M : Mais euh... j'imagine que oui, après je vais pas vérifier.  
43 • I : D'accord, vous en reparlez pas spécialement avec vos patients ?  
44 • M : Sauf s'ils arrêtent une prise en charge ou un truc comme ça, mais si, mais si ça  
45 roule et qu'ils se font prendre en charge et puis que ça...et puis, ben que ça améliore  
46 les résultats et que ça permet des choses, c'est vrai que je vais pas plus chercher...  
47 • I : D'accord.  
48 • M : ...ce qu'ils font et comment ils le ressentent.  
49 • I : D'accord. Et est-ce que eux, ils vous en parlent spontanément, ou pas spécialement  
50 non plus ?  
51 • M : Euh, non.  
52 • I : Non ?  
53 • M : Du tout.

- 54 • I : D'accord.
- 55 • M : En règle générale, que ce soit ERET obésité, diabète, machin, pfff, on en entend  
56 plus parler. (rires).
- 57 • I : D'accord. Est-ce ça aide à l'adhésion et à l'observance au traitement ? Est-ce que  
58 vous avez l'impression qu'ils sont quand même mieux ...mieux suivi ?
- 59 • M : Euh... (grimace). Ben après j'en ai pas non plus cinquante à être passés par l'ERET,  
60 mais, euh, ...certains oui. Après, c'est pareil, hein. Ça dépend de la motivation dans  
61 l'absolu, donc euh, certains oui ça marche. Certains, ben ça marche pas.
- 62 • I : D'accord.
- 63 • M : Dans ce cas, on arrête
- 64 • I : Et y'en a qui acceptent d'y aller, et qui ne font pas, euh... le suivi en entier ?
- 65 • M : Le suivi derrière ?
- 66 • I : Oui.
- 67 • M : Oui, ça, ça m'est arrivé. Oui. Là je pense à une personne en particulier. Après euh...  
68 Mais oui, oui y'en a.
- 69 • I : Et pourquoi ils refusent euh...
- 70 • M : ...Parce que c'est, parce que c'est un manque de motivation, je pense qu'ils ont  
71 pas une motivation énorme à leur prise en charge.
- 72 • I : Hum hum.
- 73 • M : Je pense que c'est ça surtout.
- 74 • I : D'accord.
- 75 • M : Je pense que c'est un manque de motivation, et que du coup, c'est lourd entre  
76 guillemets, y'a plus de consult, y'a des choses machin, et c'est vrai que ça doit leur  
77 prendre trop de temps, j'imagine (sourire).
- 78 • I : Oui. Est-ce qu'ils prennent euh, est-ce qu'ils prennent en compte l'importance du  
79 traitement non médicamenteux ?
- 80 • M : Ben c'est, c'est à ça je trouve, que c'est quand j'ai des difficultés par rapport à ça  
81 que j'env...j'adresse plus à l'ERET, effectivement par rapport à tout ce qui va être  
82 autour. Euh, ça dépend... ça dépend des gens. Donc, euh... Mais c'est pour ça  
83 effectivement, que je trouve que à un moment donné, l'ERET est intéressant dans ce  
84 cas-là.
- 85 • I : D'accord.
- 86 • M : En fait, je trouve que... à côté de ça ben voilà....
- 87 • I : Oui, ils prennent leurs médicaments passivement, mais ils ne comprennent pas  
88 l'intérêt de faire les choses....
- 89 • M : ...Voilà, c'est ça.
- 90 • I : D'accord.
- 91 • M : Ils prennent leurs médicaments mais à côté de ça, ils font n'importe quoi, ben non,  
92 ça marche pas tout le temps
- 93 • I : Ben oui. (pause), donc en, en .... en termes de proportions, vous pensez quoi, que  
94 c'est moitié moitié ? Pour ceux qui prennent conscience de l'importance des règles  
95 hygiéno diététiques, je veux dire.
- 96 • M : Par rapport à l'ERET ?
- 97 • I : Oui.
- 98 • M : Euh, en proportion.... C'est un peu compliqué, ouais moitié moitié peut-être... Peut-  
99 être un peu plus que la moitié quand même qui comprennent un peu, un peu plus  
100 l'importance, oui un petit plus.
- 101 • I : D'accord. D'accord.
- 102 • M : Mais c'est vrai que j'en ai pas cinquante non plus, donc euh...
- 103 • I : D'accord. Vous en avez combien à peu près pour le diabète ?
- 104 • M : Ben comme ça, euh...et puis en plus, comme on a un peu les mêmes patients avec  
105 ma consœur, euh.... Oh, je sais pas trop... Euh... Et en plus, c'est l'ERET diabète.
- 106 • I : Oui, ouais, ouais.

- 107 • M : Donc, euh, là comme ça je vais pas pouvoir dire, je sais pas trop.
- 108 • I : D'accord. D'accord (pause). Est-ce que vous avez l'impression que ça les aide d'un
- 109 point de vue psychique ?
- 110 • M : Euh....psychique, pff (fait une grimace). Je dois dire que je sais pas (rires)
- 111 • I : Vous avez pas l'impression qu'ils se sentent moins seuls, qu'ils se sentent plus
- 112 compris, euh...
- 113 • M : Ben, probablement certains, après euh... J'ai peu de retours, hein.
- 114 • I : D'accord.
- 115 • M : C'est ce que je disais tout à l'heure, j'ai peu de retours sur le ...
- 116 • I : D'accord. Est-ce que au niveau des... au niveau des chiffres, comme vous le disiez
- 117 tout à l'heure, moi, du moment que le suivi est...est bien, est-ce que là, vous trouvez
- 118 qu'il y a une amélioration ou pas ? D'un point de vue glycémie ou glyquée ?
- 119 • M : Ben chez, chez certains oui. Oui y'a une amélioration c'est clair.
- 120 • I : Au niveau de quoi plus particulièrement ?
- 121 • M : De l'hémoglobine glyquée surtout, et puis après cholestérol un petit peu,
- 122 éventuellement, mais plus au niveau de l'hémoglobine glyquée. Et c'est celle qu'on voit
- 123 le plus vite bouger.
- 124 • I : D'accord. Et au niveau du poids, est-ce que vous avez l'impression que ça joue aussi
- 125 ou pas ?
- 126 • M : Hum.... Euh, j'avoue que je ne sais pas trop.
- 127 • I : D'accord. S'ils se remettent à l'activité...
- 128 • M : ...Oui, s'ils se remettent à l'activité physique tout ça.... Euh... je sais, je sais que
- 129 l'hémoglobine glyquée, oui, j'ai déjà fait plus le, le rapprochement, ... après le poids, je
- 130 sais pas.
- 131 • I : D'accord. D'accord. Est-ce que vous avez remarqué s'il y a moins de complications,
- 132 d'un point de vue aigu ou chronique, ou d'hospitalisation ?
- 133 • M : C'est difficile à dire comme ça.
- 134 • I : Hum.
- 135 • M : Faudrait faire vraiment une étude sur nos patients qui sont vus à l'ERET euh, et
- 136 faire le point parce que du coup, euh... Je peux pas dire.
- 137 • I : D'accord. Est-ce que vous les sentez plus autonomes ?
- 138 • M : Oui, ça oui. Sur certains, enfin certains, c'est clair qu'ils ont une bonne, euh, une
- 139 bonne autonomie après sur certaines euh, ... Oui. Oui.
- 140 • I : D'accord. Et ils sont autonomes sur quoi ? (pause)... Sur leur traitement, sur le...
- 141 • M : Sur le traitement et puis sur l'hémoglobine, ils savent ce que c'est l'hémoglobine
- 142 glyquée plus... Plus. (pause)
- 143 • I : Ils l'ont plus compris, oui.
- 144 • M : Plus compris je pense et puis, euh, et puis pour certains, ceux qu'auraient des
- 145 injections, des choses comme ça, par rapport à l'insuline, ils savent un peu plus ce qui
- 146 se passe.
- 147 • I : D'accord.
- 148 • M : Moins passifs aussi avec l'infirmière qui passe tout le temps, machin, ils sont un
- 149 peu au courant, hum.
- 150 • I : D'accord. Ils sont un peu plus acteurs de leur maladie ?
- 151 • M : Ouais, ouais, je pense, hum.
- 152 • I : D'accord, ok. Est-ce que vous, vous avez remarqué s'ils ont des attentes différentes
- 153 une fois qu'ils sont passés par là, ou est-ce que pour vous, les consultations sont les
- 154 mêmes qu'avant ?
- 155 • M : (pause) Je pense que c'est les mêmes.
- 156 • I : D'accord.
- 157 • M : Ouais.
- 158 • I : D'accord.

- 159 • M : Parce qu'en fait, l'attente elle se fait autre part, donc euh du coup y'a plus d'attente  
160 ici, enfin...
- 161 • I : D'accord.
- 162 • M : Y'a... Ils ont ce qu'il faut à côté, donc, euh..., ils ont plus autant de ....., et je pense  
163 que c'est pour ça aussi, qu'on a pas beaucoup de retour. Parce que, du coup, ils ont  
164 leur trucs euh... dans le milieu, enfin au niveau ERET...
- 165 • I : ...Ouais...
- 166 • M : ...Et puis, ici, ils viennent faire juste, euh, enfin, une consultation normale quoi.
- 167 • I : D'accord. D'accord. Donc ils ont moins de questions que.... qu'avant de passer à  
168 l'ERET, pour vous ?
- 169 • M : Oui, s'ils en avaient avant (sourire)..., mais en tout cas, parce que je suis pas...,  
170 parce que en fait, le ... leeeeeeeeeeeeeee, le.... En tout cas, y'a moins de ....., comment  
171 dire, de..., en fait quand on discute avec eux, ils comprennent plus vite ce qu'on va  
172 demander, dire et puis comment on va critiquer entre guillemets l'hémoglobine glyquée  
173 par exemple.
- 174 • I : D'accord.
- 175 • M : Comment on va penser par rapport à ça, au suivi du diabète... Donc oui,  
176 effectivement, peut-être moins de questions, mais, peut-être qu'avant, ils s'en posaient  
177 moins aussi.
- 178 • I : D'accord. D'accord. Est-ce que, eux-mêmes, ils le perçoivent de manière positive,  
179 vous pensez ?
- 180 • M : Ben, ceux qui continuent, je pense que oui. Ceux qui sont vraiment pris en charge  
181 et puis qui améliorent bien leur hémoglobine glyquée, je pense que oui. Après, pas  
182 tous, c'est toujours pareil.
- 183 • I : Oui. Est-ce que vous avez remarqué, que chez certains patients, ça a des côtés  
184 néfastes, comme une augmentation de l'anxiété ?
- 185 • M : Après, je ne sais pas pourquoi exactement, ils arrêtent dans l'absolu. Donc est-ce  
186 que c'est pour ça, est-ce que ça les stresse un peu, de, de savoir ce que c'est  
187 exactement leur maladie. Peut-être aussi. C'est vrai que quand ils arrêtent, on ...on a  
188 pas beaucoup de ... de raisons.
- 189 • I : Vous leur demandez pas pourquoi ils arrêtent.
- 190 • M : On a souvent pas de réelle raison, ils se ferment vite en disant, qu'ils avaient pas  
191 le temps, ou que ça ne leur apportait rien de plus. C'est tout.
- 192 • I : Oui, y'a pas beaucoup de moyens pour rebondir dessus.
- 193 • M : Ben, ils s'arrêtent parce que, voilà. y'a pas moyen de rebondir. Donc, on fait avec  
194 ce qu'ils ont déjà fait. Et puis, et puis, c'est tout. Donc est-ce que y'a un petit côté  
195 anxigène, ou, ou pas du tout, enfin, par rapport à eux et à leur pathologie, je sais pas.  
196 Qu'ils ont pas envie de comprendre, ... enfin, d'aller plus loin.
- 197 • I : Oui, ils sont peut-être dans le déni.
- 198 • M : Oui, peut-être, c'est possible, oui.
- 199 • I : Ils ont peut-être pas accepté leur maladie chronique.
- 200 • M : Oui, c'est ça. Oui, prendre la maladie chronique, dans lequel ils peuvent intervenir  
201 aussi et devenir acteur, ça, y'en a qui veulent pas l'entendre, et qui préfèrent se dire  
202 que c'est la fatalité, c'est le destin, s'ils sont malades et dans cet état. Mais c'est pas  
203 de leur faute à eux, s'il y a des complications. Peut-être, que ça entraîne un peu  
204 d'anxiété, oui c'est possible, s'ils ont pas bien accepté le statut de pathologie chronique.
- 205 • I : Oui, d'accord. Est-ce que vous vous servez du petit résumé que l'ERET vous donne  
206 à la fin, pour vous dire ce que le patient a acquis, ou ce qu'il a pas...
- 207 • M : ...Oh, ben oui. Je le lis, ouais, ouais.
- 208 • I : D'accord. Est-ce que vous essayez de rebondir avec le patient, sur les points par  
209 exemple qu'il a pas, qu'il a pas bien compris ou....?

- 210 • M Hummmm (réfléchis). Euh, oui. Après, c'est vrai que les trucs pour l'instant, ce que  
211 j'ai comme retour, à part ceux qui ont vraiment arrêté, euh, c'était euh, c'était plutôt  
212 positif, donc j'ai pas trop de choses négatives, enfin, non acquises comme vous dites.  
213 • I : D'accord. D'accord.  
214 • M : A réexpliquer ou à revoir, et cetera, donc c'était plutôt positif.  
215 • I : D'accord. Et est-ce que vous pensez que les retours, ils sont bien faits ?  
216 • M : Oui (en hochant la tête)  
217 • I : Est-ce que vous trouvez que le dialogue avec l'ERET est bon ?  
218 • M : Oui, après ça pourrait peut-être se faire aussi plus pendant entre guillemets, enfin...  
219 parce que c'est vrai que l'ERET, du coup, on l'envoie ...On a éventuellement un  
220 petit...on a pas beaucoup de choses pendant la prise en charge éventuellement.  
221 • I : D'accord.  
222 • M : Donc ce serait plus ça, éventuellement que... qu'on puisse avoir des petits retours  
223 aussi pour..., ben justement ce que vous disiez tout à l'heure, parce que nous on les  
224 voit quand même en consultation, donc refaire le point en consultation de ce qui s'est  
225 passé. Peut-être que on a un petit peu moins de retour sur ce, sur ces choses-là.  
226 • I : Donc pour vous ce serait un ... ce serait plus judicieux d'avoir un lien avec l'ERET  
227 un petit peu plus...  
228 • M : ...Un petit dialogue éventuellement, ouais.  
229 • I : D'accord.  
230 • M : Hum.  
231 • I : D'accord.  
232 • M : Même, même si c'est par téléphone ou éventuellement par courrier. Mais peut-être  
233 ça, ouais.  
234 • I : D'accord.  
235 • M : Mais, c'est souvent le cas dans les... Dans les trucs un petit peu hospitalier. Ça  
236 manque de lien.  
237 • I : Est-ce que vous avez l'impression que vous en prescrivez plus que ...Que au tout  
238 début que vous connaissiez ?  
239 • M : Euh, ben régulièrement en tout cas, depuis que je sais que ça existe, donc euh, ...  
240 Plus, je sais pas mais régulièrement, ouais.  
241 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez agrandi les indications ... le type de patients que  
242 vous adressez, ou pas spécialement ? (Pause) Ou depuis le début vous adressez le  
243 même type de patients ?  
244 • M : Euh, je pense que c'est toujours à peu près pareil. Ouais.  
245 • I : D'accord. D'accord. Au niveau du temps de la consultation, est-ce que vous avez  
246 l'impression, que ça, que ça change par rapport à une consultation avant l'ERET ?  
247 • M : A ben euh.... oui. Quand ça se passe bien quand on voit qu'il y a des bons résultats  
248 et qu'on voit que ça roule et que ça ... Effectivement, la consultation va... Enfin, je pense  
249 que je passe un petit peu moins de temps à ... ben déjà, si on augmente pas les  
250 traitements, si on modifie pas les traitements, tout ça, on va être plus rapide. On va  
251 effectivement, passer un petit peu moins de temps à réexpliquer, à redire des choses  
252 qu'on dit régulièrement (sourire) niveau alimentation, niveau activité physique et tout  
253 ça. C'est vrai que quand on voit que ça roule et que y'a une amélioration, on passe  
254 moins de temps.  
255 • I : D'accord. Est-ce que vous... Vous en pensez quoi du marqueur de l'hémoglobine  
256 glyquée ?  
257 • M : Ben .... C'est ce qu'on a peut-être ..., (rires), là actuellement, c'est ce qu'on fait le  
258 plus, donc euh.... Ça nous sert pas mal quand même. Après, les gens ont ... Ont. Faut  
259 leur expliquer et leur ré expliquer, je trouve.  
260 • I : Pour vous...  
261 • M : ...Ils sont...  
262 • I : ...Oui, oui, allez-y !

- 263 • M : Ils sont beaucoup accés sur la glycémie à jeun.
- 264 • I : Glycémie à jeun, oui.
- 265 • M : Qui est quand même assez importante pour eux.
- 266 • I : Hum.
- 267 • M : Donc faut leur ré expliquer beaucoup l'hémoglobine glyquée.
- 268 • I : Et pour vous, ils les comprennent ?
- 269 • M : Quand ils le comprennent oui. Enfin, une fois que c'est compris, je pense que... ça
- 270 permet de...et puis de donner des seuils des choses comme ça, ... Oui... enfin ça se
- 271 passe pas trop mal.
- 272 • I : D'accord. Et vous vous en servez de ce chiffre-là ?
- 273 • M : Dans la consultation tout le temps, ouais.
- 274 • I : D'accord.
- 275 • M : On fait toujours la glycémie parce que c'est un vieux truc (rires), donc euh, voilà
- 276 ....Donc, on le fait, mais c'est vrai que le ...Enfin, moi à la limite, je leur dis qu'on s'en
- 277 fiche un peu et qu'on se concentre plus sur l'autre ....Et au bout d'un moment, ça rentre.
- 278 (rires)
- 279 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que ça vous sert pour les... pour les
- 280 motiver ... Pour les....
- 281 • M : Euh, oui, oui, oui. Parce que y'en a certains euh... Alors là, c'est un peu différent de
- 282 l'ERET parce que là, je pense à d'autres cas, mais y'en a certains qui se rendent
- 283 compte que ça monte par exemple et que du coup y'a un truc qui va pas. Ils
- 284 comprennent pas pourquoi machin, donc on est obligé de rediscuter tout... Là
- 285 dernièrement, j'ai eu un patient qui était plutôt euh, enfin plutôt intéressé par ce chiffre
- 286 là l'hémoglobine glyquée. Ils veulent comprendre pourquoi ça monte.
- 287 • I : D'accord, parfois, c'est grâce à ça que vous arrivez à les capter.
- 288 • M : Et qu'on a réussi à discuter de ce qui s'était passé et à reposer les choses
- 289 finalement.
- 290 • I : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des patients experts qui se
- 291 créent avec cette organisation-là ?
- 292 • M : Hum. Je sais pas trop. Autant il y en a pour certaines pathologies, euh, quand c'est
- 293 un peu plus rare, tout ça, autant par rapport à l'ERET diabète (pause), ... Je..... euh,
- 294 non... Pas trop.
- 295 • I : D'accord. Est-ce qu'il vous pose des questions plus complexes qu'un patient lambda
- 296 ? Ou il les pose à l'ERET ?
- 297 • M : Mais je pense qu'il les pose à l'ERET oui.
- 298 • I : D'accord.
- 299 • M : Enfin moi je trouve que j'ai pas... le ... finalement le gros ressenti de la
- 300 modification...A part au niveau du traitement quand ça marche bien et cetera, mais
- 301 euh... Mais par rapport à la consultation même, je trouve que ça change pas grand-
- 302 chose entre guillemets à part qu'ils comprennent, effectivement, pour certains,
- 303 heureusement mieux ce qui se passe. Mais, j'ai pas .... Ouais, je pense que ça se passe
- 304 effectivement dans ...Au niveau des consultations à l'ERET.
- 305 • I : D'accord. D'accord. Vous d'une manière globale, vous en pensez quoi ? (pause)
- 306 Vous pensez que c'est plutôt utile ou pas ?
- 307 • M : Oui, moi je trouve que c'est des bonnes euh... Des bonnes structures, après, je
- 308 pense que c'est toujours des ... Après, là, je sais pas l'ERET diabète ce qui y'a
- 309 exactement comme délai, comme problème on va dire, d'organisation et tout ça... Mais
- 310 moi, je pense que c'est des trucs qui me semblent assez important.
- 311 • I : D'accord.
- 312 • M : Après, faut que les patients soient motivés pour le faire aussi, donc euh... Mais oui,
- 313 non je trouve que c'est bien.
- 314 • I : Est-ce que vous avez l'impression que ça change votre relation avec le patient ?
- 315 • M : Non. Non, pas particulièrement non.

- 316 • I : Y'a pas une amélioration de la communication avec lui une fois qu'il est passé à  
317 l'ERET ?
- 318 • M : Euh.... Pareil, après ils sont pas tous pareils (rires). Probablement certains, après  
319 euh... Après euh... Après, ceux qui ont arrêté euh ....., ils sont pas non plus intéressé  
320 que ça sur .... Je ... je ... Ouais, non, comme ça, ça ne m'a pas choqué.
- 321 • I : D'accord. Ils respectent votre rôle de médecin traitant, ils ont pas ...
- 322 • M : ...Oui, je vois ce que vous voulez dire, ils ne prennent pas le dessus, ben j'ai jamais  
323 ressenti ça.
- 324 • I : D'accord.
- 325 • M : Après, peut-être qu'il y en a certains, mais j'ai jamais ressenti ça.
- 326 • I : D'accord. Le rôle du patient qui devient acteur de sa pathologie ne change pas le  
327 rapport de force de la consultation ? Avant c'était le médecin le savant et le patient  
328 devait obéir entre guillemets. Là, le patient devient cothérapeute comme on dit. Vous  
329 n'avez pas l'impression de voir ce changement ?
- 330 • M : Moi, je n'ai jamais eu, enfin, je pense (rire), de relation médecin patient paternaliste  
331 entre guillemets, donc non je pense que ça change pas ERET ou pas ERET.
- 332 • I : D'accord, ok. et en parlant de la relation médecin patient, est-ce que vous pensez  
333 que c'est intéressant de sortir de la relation unique médecin patient ?
- 334 • M : Dans ces pathologies-là, oui. (pause). Je pense que c'est intéressant parce qu'il y  
335 a trop de... trop de choses autour entre guillemets et on a besoin de... On a besoin de  
336 tout le monde quand ça se passe pas forcément très bien. Quand ils comprennent pas  
337 très bien. Quand ça se passe bien, à la limite ça va.
- 338 • I : Hum hum.
- 339 • M : Mais quand ça... quand ça, enfin quand ça se passe pas bien entre guillemets, juste  
340 entre nous deux, oui, il faut mieux qu'il y ait plus d'intervenants pour que, pour qu'on  
341 soit les seuls à leur dire : "faites attention à ce que vous mangez... enfin, faites une  
342 activité physique machin". Qu'il y ait d'autre son de cloche aussi, je pense que c'est  
343 important.
- 344 • I : Pour vous, le fait d'avoir plusieurs intervenants, ça aide à faire passer le message ?
- 345 • M : Ben certains, oui. Pareil, pour certains.
- 346 • I : Hum.
- 347 • M : Et oui, oui, oui, oui. Ça permet d'avoir plusieurs euh... Que les gens aient vraiment  
348 l'impression que ...ben que, on leur dit tous pareil quoi (rires)
- 349 • I : Hum (sourire).
- 350 • M : Et donc du coup, qu'à un moment donné, ils se disent, bon ok, ok c'est bon.
- 351 • I : Donc pour vous, parfois, ils ont besoin qu'on leur réaffirme les choses euh, ...
- 352 • M : ...Oui, je pense que ça joue aussi, oui.
- 353 • I : Hum. C'est pas qu'ils mettent en doute votre parole mais le fait d'avoir l'équivalent à  
354 côté, ils se disent ....
- 355 • M : ...Ils se disent que c'est vraiment vrai ce qu'on leur dit. (rires)
- 356 • I : (rires) D'accord. D'accord.
- 357 • M : Oui, je pense que ça joue, ça.
- 358 • I : Ok. Et pour les patients qui vont à l'ERET, qu'est-ce que ça leur apporte de plus ?
- 359 • M : Déjà la diététique, surtout, et après l'activité physique, comme je vous disais au  
360 début, c'est pour ces raisons-là, que je les envoie. En tout cas, c'est sur ça que je  
361 compte pas mal quand ils y partent quoi.
- 362 • I : Hum. Et l'activité physique, est-ce qu'ils la poursuivent une fois qu'ils vont plus à  
363 l'ERET ?
- 364 • M : Ben, certains oui (rires). Mais bon, dans l'absolu, quand même pas de trop.
- 365 • I : Oui, y'en a beaucoup qu'arrêtent
- 366 • M : Ben oui, y'en a beaucoup qu'ont besoin qu'on les motive un peu plus. "Et puis, ça  
367 coûte des sous, et puis machin"... Enfin...Y'a toujours des bonnes excuses pour pas  
368 trop en faire.

- 369 • I : Hum hum (acquiescement)
- 370 • M : Quand ils sont pas habitués, euh... Qu'ils sont âgés, enfin âgés, je sais pas moi,
- 371 vers 50- 60 ans, ils commencent à avoir du mal, s'ils ont jamais pris l'habitude d'en
- 372 faire, c'est compliqué.
- 373 • I : D'accord, et une fois qu'ils quittent le programme de l'ERET, ils ne gardent pas cette
- 374 habitude-là de poursuivre euh....
- 375 • M : Après faudrait vraiment faire un retour sur tous ceux qu'ils l'ont fait là, mais, euh ...
- 376 pffff.
- 377 • I : Vous n'avez pas l'impression ?
- 378 • M : Je suis pas sûre que ce soit vraiment un des trucs qui reste le plus.
- 379 • I : D'accord.
- 380 • M : Après si déjà, ils ont les habitudes alimentaires ..., c'est déjà pas si mal (rires), mais
- 381 les activités physiques, c'est pas facile quand même je trouve.
- 382 • I : D'accord. D'accord, et est-ce que vous connaissez des freins à l'ERET ?
- 383 • M : C'est à dire ?
- 384 • I : Ben je sais pas moi. Par exemple le fait que ce soit des groupes... (pause). Est-ce
- 385 que certains patients, euh, refusent d'y participer parce que c'est une structure en
- 386 groupe ?
- 387 • M : Ah oui, je pense.
- 388 • I : Oui ? Y'en a pour qui c'est un frein ?
- 389 • M : Hum hum (acquiescement), que ce soit aussi à l'hôpital. Je pense que le fait déjà,
- 390 ...faut aller se déplacer à tel ou tel hôpital... dans ville A, ou ville B. Nous on est en
- 391 campagne, les gens ils aiment pas aller en ville et surtout moins aller à l'hôpital. Je
- 392 pense que ça ça joue, ça joue.
- 393 • I : D'accord. Donc, pour vous, le lieu compte.
- 394 • M : Ah oui, oui je pense.
- 395 • I : Et sinon, c'est quoi les autres motifs de refus pour les patients ?
- 396 • M : Le fait que ce soit hospitalier du coup voilà, et puis, effectivement, le fait... Là, ils
- 397 ont peur, enfin, ils ont peur, ..., faut pas généraliser non plus, mais y'a aussi
- 398 effectivement, la peur du travail en groupe, en groupe de parole, enfin un peu comme
- 399 un groupe de parole. C'est compliqué.
- 400 • I : Oui, il peut y avoir du jugement. Enfin l'impression d'être jugé.
- 401 • M : Voilà, en fait ... je pense qu'ils ont .... y'a ... Tout ce qui est individuel, ça passe plus
- 402 facilement que... que les trucs en groupe.
- 403 • I : Et une fois qu'ils y sont, est-ce qu'ils le disent encore que ça les gêne d'être en
- 404 groupe ?
- 405 • M : Certains oui. Mais, effectivement, la plupart acceptent et sont contents finalement
- 406 du travail de groupe.
- 407 • I : Oui, en fait, après la faiblesse du début devient une force.
- 408 • M : Oui, c'est ça. (hochement de tête)
- 409 • I : Et une fois qu'ils y sont, est-ce qu'ils sont demandeurs d'avoir des retours, enfin
- 410 d'avoir des piqûres de rappels, de temps en temps, ou pas spécialement ?
- 411 • M : Euh....Je sais pas s'ils sont demandeurs. Nous, on en fait de toute façon (rires),
- 412 donc euh...
- 413 • I : Oui.
- 414 • M : Mais après demandeurs, je sais pas.
- 415 • I : Mais ils sont pas demandeurs, de réintégrer l'ERET ?
- 416 • M : De retourner à l'ERET ?
- 417 • I : Hum (acquiescement)
- 418 • M : Euh, non, je crois pas. Je crois pas avoir eu de retours, non.
- 419 • I : Ils ne vous relancent pas spécialement ?
- 420 • M : Non.
- 421 • I : D'accord, ok. Très bien. Ben écoutez, je pense que j'ai tout merci.

422

- M : De rien.

- 1 ENTRETIEN N°7 : Femme, entre 35 et 50 ans, exerçant en secteur urbain, installée depuis 7  
2 ans, dans un cabinet de groupe. Elle a une implication universitaire mais pas de formation en  
3 ETP.  
4
- 5 • I : Donc je fais ma thèse sur le patient diabétique de type 2 et sur la prise en charge à  
6 l'ERET. Euh, depuis combien de temps, vous vous connaissez l'ERET ?
  - 7 • M : (pause) Je sais pas.
  - 8 • I : Ça fait longtemps que vous envoyez à cette association-là ?
  - 9 • M : Ouais, ça fait longtemps, en fait ils étaient venus se présenter au moment de  
10 l'installation
  - 11 • I : D'accord.
  - 12 • M : Alors, je peux pas vous dire quand exactement, ça fait 3 ou 4 ans, peut-être un peu  
13 plus.
  - 14 • I : D'accord, ok. Et vous envoyez quels types de patients à cette association-là.
  - 15 • M : Alors les patients obèses et ou diabétiques.
  - 16 • I : Oui, d'accord. Et chez les diabétiques, parce que moi, c'est vraiment sur le diabète  
17 que je travaille, vous envoyez quel type de diabétiques ?
  - 18 • M : Ceux que j'ai envoyés, c'est tous des types deux.
  - 19 • I : D'accord, n'importe quels types deux, ou c'est seulement dans certains ...Dans  
20 certains cas que vous les envoyez ?
  - 21 • M : Pfff (gonfle des joues), comment ça...
  - 22 • I : Ben, vous les envoyez euh.... dès que vous avez un patient diabétique de type 2,  
23 vous lui proposez, ou c'est que dans certains cas euh.... (pause), je sais pas moi, quand  
24 il a un souci d'observance ou ...
  - 25 • M : Ouais, c'était plus souci d'observance ou ...là y'avait une prise en charge un peu  
26 multiple avec l'obésité. Je pense à une patiente en particulier.
  - 27 • I : Hum.
  - 28 • M : Euh, qui était avant au réseau X.
  - 29 • I : D'accord.
  - 30 • M : Donc, euh, qui voulait retrouver des activités en groupe.
  - 31 • I : D'accord.
  - 32 • M : Non, en général, c'était des diabètes qui étaient déséquilibrés.
  - 33 • I : D'accord. Et justement, quand vous parlez d'activités en groupe, c'est pas un frein  
34 ça pour les patients ? Parce que certains patients refusent d'y aller, parce que  
35 justement, c'est un travail en groupe, pour la plupart.
  - 36 • M : Non, je n'ai pas l'impression. En tout cas, moi, ils ne m'ont jamais dit ça.
  - 37 • I : D'accord. Ok. Est-ce que les patients que vous envoyez ils vont jusqu'au bout du  
38 ...de la prise en charge ou ils arrêtent avant ?
  - 39 • M : Alors là, j'ai pas de retour.
  - 40 • I : D'accord, ok. Vous avez jamais eu les courriers après, euh... Normalement, ils vous  
41 envoient des petits courriers à la fin du diagnostic éducatif et à la fin du parcours.
  - 42 • M : Alors, j'ai pas dû en avoir beaucoup, par rapport au nombre de prescriptions que  
43 j'ai fait.
  - 44 • I : D'accord.
  - 45 • M : Soit mes patients ne sont pas allés jusqu'au bout, effectivement. Soit...
  - 46 • I : Ok. Et vous en reparlez après avec vos patients, au sein de vos consultations futures  
47 ou pas ?
  - 48 • M : Euh, certaines fois.
  - 49 • I : Hum.
  - 50 • M : Mais pas systématiquement.
  - 51 • I : D'accord. Et pourquoi ?
  - 52 • M : Je sais pas. Je n'y pense pas, peut-être ...(pause)

- 53 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression qu'ils comprennent mieux leur  
54 maladie une fois qu'ils ont été à l'ERET ?
- 55 • M : (pause de 3 secondes) Euh, c'est difficile à dire, non... Je pense pas.
- 56 • I : Pas spécialement ?
- 57 • M : Non, je pense pas.
- 58 • I : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression que ça les aide d'accepter d'avoir une  
59 pathologie chronique, d'appartenir à un groupe comme ça ?
- 60 • M : Alors je pense, ouais. Mais les patients... En fait y'avait déjà le réseau X avant ici,  
61 donc euh...
- 62 • I : Ouais.
- 63 • M : Je sais pas si vous connaissiez.
- 64 • I : Si, oui.
- 65 • M : Donc, c'est vrai qu'il y avait déjà ce réseau-là.
- 66 • I : D'accord. Et donc le fait d'appartenir à un réseau, après peu importe que ce soit  
67 l'ERET ou pas, est-ce que vous avez l'impression que pour eux, c'est important ?
- 68 • M : Ah, je pense que pour certaines personnes, oui ça l'est vraiment. A mieux  
69 comprendre et à adhérer au traitement.
- 70 • I : D'accord. Donc ils ont une meilleure observance après avoir fait de l'éducation  
71 thérapeutique ?
- 72 • M : Ah oui, dans l'ensemble oui.
- 73 • I : Est-ce que vous avez l'impression qu'ils comprennent plus tout ce qui est non  
74 médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique en fait ?
- 75 • M : Peut-être pour l'activité physique oui, ou des choses comme ça.
- 76 • I : Hum.
- 77 • M : On en parle déjà beaucoup. Mais euh, ... Peut-être que de le voir en groupe, ça  
78 motive plus.
- 79 • I : Oui, vous avez l'impression que le fait peut-être de...d'avoir un autre intervenant, ça  
80 peut les aider à faire comprendre euh...
- 81 • M : Hum. C'est ça.
- 82 • I : D'accord. Ok. Est-ce que vous avez remarqué s'ils ont une diminution des  
83 complications, ceux qui appartiennent à ce réseau ?
- 84 • M : Non. (négation avec la tête).
- 85 • I : Non d'accord...
- 86 • M : Après je n'ai pas énormément de patients euh, qui appartiennent au réseau. Mais  
87 non, je n'ai vu aucune différence.
- 88 • I : D'accord, ok. Vous, vous me dites que vous avez aucun lien, ou peu avec les retours  
89 de l'ERET. Vous ne savez pas trop en fait ce qui s'y passe ?
- 90 • M : J'ai l'impression que je fais beaucoup, enfin non... En tout cas, j'ai fait quand même  
91 un nombre de prescriptions, et que les patients ne sont peut-être pas allés jusqu'au  
92 bout, ou prendre le rendez-vous.
- 93 • I : D'accord, oui. Au final, peut-être que ...Qu'ils ne vont même pas prendre le rendez-  
94 vous pour commencer le programme.
- 95 • M : En général, quand je fais l'ordonnance, c'est qu'ils sont d'accord. Mais après, est-  
96 ce que ...
- 97 • I : Oui, est-ce qu'ils vont faire le pas d'aller à l'ERET... D'accord. (pause). A quels  
98 patients vous essayez de ..., de vendre entre guillemets ce système-là ? Est-ce que  
99 vous le proposez à tous ?
- 100 • M : (réfléchit) Oui, plutôt. Mais celui qui est complètement sédentaire, j'ai l'impression  
101 que ça peut pas être possible. Parce que, c'est vrai que chez ces personnes-là, on  
102 propose déjà beaucoup de choses ...Et puis y'a rien qui se passe.
- 103 • I : Oui. C'est pas toujours très facile. Ok. Donc, en fait vous le proposez quand même  
104 assez euh, ...de manière assez facilement, ...Vous avez l'impression ? Mais vous avez  
105 peu de patients qui y adhèrent, ou peu de patients qui ont des retours quoi ?

- 106 • M : Hum (acquiescement)
- 107 • I : Vous, vous le percevez comment ce réseau... d'une manière générale ?
- 108 • M : (pause)
- 109 • I : Vous vous pensez que c'est une aide pour vous, ou pas du tout ?
- 110 • M : Alors je pense que ça peut être une aide ; alors sur euh.... Surtout, j'ai envie de dire
- 111 .... Moi je le prescris surtout, en majorité pour les personnes diabétiques obèses qui
- 112 souhaitent une prise en charge avec une diététicienne.
- 113 • I : Ouais.
- 114 • M : Euh, et qui ont un frein financier.
- 115 • I : Oui, c'est sûr.
- 116 • M : C'est vrai qu'au départ, c'est plus... C'est dans ce sens-là, que je prescrivais l'ERET.
- 117 • I : Hum hum. Et ces patients-là, ils sont satisfaits de la prise en charge en général ou
- 118 pas ?
- 119 • M : Moi, c'est pareil... Je sais pas trop.
- 120 • I : Vous n'avez pas beaucoup de retours non plus ?
- 121 • M : Non.
- 122 • I : D'accord. Ok.
- 123 • M : J'ai des personnes qui n'ont pas été satisfaites par rapport au fait que ce soit en
- 124 groupe, ou alors par rapport à l'organisation, ou qui n'ont pas adhéré euh .... J'ai pas
- 125 forcément toujours les raisons mais euh...c'est vrai que ... (un peu gênée)
- 126 • I : Y'en a certains à qui ça plait pas ?
- 127 • M : Oui.
- 128 • I : D'accord. Donc vous vous n'utilisez pas beaucoup spécialement le ..., le passage
- 129 de l'ERET pour vous aider dans vos consultations ?
- 130 • M : Hum (acquiescement)
- 131 • I : Vous en reparlez-vous avec vos patients, ou pas systématiquement ? Vous parlez
- 132 de quoi ?
- 133 • M : Alors déjà, je leur demande s'ils ont été ou pas et puis, après euh... oui, si ça leur
- 134 convient, euh. Mais en fait, c'est assez long comme prise en charge.
- 135 • I : Oui.
- 136 • M : Donc, des fois je les vois, ils ont pas encore eu toutes les démarches euh...donc,
- 137 c'est difficile à en reparler.
- 138 • I : D'accord.
- 139 • M : Peut-être que c'est ça qui les démotive aussi, que ce soit long. Moi je leur dis que
- 140 c'est sur le long cours, et cetera, mais bon.
- 141 • I : Ben oui.
- 142 • M : Pour eux, ben faudrait qu'il y ait tout de suite, voilà, ...
- 143 • I : ...Le résultat ?
- 144 • M : Oui.
- 145 • I : Est-ce que vous avez l'impression que ça change quelque chose au niveau du chiffre
- 146 de l'hémoglobine glyquée ? Une fois qu'ils sont pris en charge dans ce réseau ?
- 147 • M : Euh.... Non
- 148 • I : Non, d'accord, ok. Au niveau du temps de la consultation : est-ce que vous avez
- 149 l'impression que les consultations durent le même temps ?
- 150 • M : Oui, je pense.
- 151 • I : Vous n'avez pas l'impression qu'ils ont plus de questions quand ils appartiennent à
- 152 des réseaux en général, ou pas spécialement pour vous ?
- 153 • M : Pas spécialement... Alors après, je reviens sur la question d'avant.
- 154 • I : Oui, oui allez-y.
- 155 • M : C'est un peu biaisé, parce que ce sont des patients qui, ...ceux que j'adresse sont
- 156 déjà sur des hémoglobines glyquées très déséquilibrées.
- 157 • I : Oui, il y a déjà un biais à ce moment-là, vous voulez dire.

- 158 • M : Hémoglobines glyquées déséquilibrées, avec des comorbidités et cetera... Voilà,  
159 y'a un biais peut être de sélection.
- 160 • I : Oui, le chiffre n'est pas bon au début, mais y'a pas une progression d'après vous,  
161 spécialement ....
- 162 • M : (négation de la tête)
- 163 • I : D'accord, ok. Est-ce que vous avez l'impression que vous prescrivez plus depuis  
164 que ce n'est plus l'autre réseau et que c'est l'ERET ? Ou moins ? Ou pareil ?
- 165 • M : Alors, moi, je n'étais pas installée avant.
- 166 • I : D'accord. Ok. Et ça fait depuis combien de temps que vous êtes installée ?
- 167 • M : Sept ans.
- 168 • I : D'accord, ok. Et vous avez toujours été installée ici ?
- 169 • M : Oui. Mais y'a eu un temps où il n'y avait plus de réseau. Entre la fin du réseau X et  
170 le début de l'ERET, y'a eu une période sans rien. Le temps que ça se mette en place.
- 171 • I : D'accord. Et vous, vous n'avez pas l'impression que ça change la relation entre le  
172 patient et vous ?
- 173 • M : Non (négation de la tête)
- 174 • I : D'accord, ok. Au niveau de la communication, c'est pareil. Vous n'avez pas  
175 l'impression que le patient est plus libre et qu'il vous pose plus de questions, euh...
- 176 • M : Non, non.
- 177 • I : Ok. Donc, en fait, vous, vous attendez quoi vraiment de ce réseau-là ?
- 178 • M : (pause)
- 179 • I : Pour qu'il vous aide dans quelle prise en charge ?
- 180 • M : Ben c'est pas m'aider moi, c'est plutôt aider le patient.
- 181 • I : Ouais.
- 182 • M : Dans la prise en charge ben de leur maladie, oui, effectivement. Plus en fait  
183 diététique, ou comme je vous disais, les activités physiques. Et cetera.
- 184 • I : D'accord. Ok.
- 185 • M : Ben, moi j'ai l'impression que avec le réseau X, c'est les retours que moi je peux  
186 en avoir...
- 187 • I : Oui.
- 188 • M : C'est qu'il y avait, c'est que c'était... C'était pas sur une prise en charge d'un an,  
189 comme avec l'ERET, c'était vraiment tout le temps, quoi. Ils appelaient régulièrement  
190 les patients.
- 191 • I : D'accord. Ça, je ne savais pas.
- 192 • M : Donc euh, voilà, c'était plus au long cours.
- 193 • I : Ben, justement, moi c'est souvent un frein qui ressort avec l'ERET, c'est qu'en fait  
194 y'a une prise en charge, on va dire active, pendant euh.... pendant un certain nombre  
195 de mois, et en fait après les gens sont souvent frustrés que du jour au lendemain ils...
- 196 • M : ...C'est ça, et moi j'ai eu des patients qui ont été déçus quand le réseau X a été  
197 arrêté, et qui ne retrouvent pas ça dans euh....
- 198 • I : Qui ne retrouvent pas ça dans l'ERET ?
- 199 • M : Non.
- 200 • I : D'accord. Non, mais c'est vrai que, ben j'ai fait déjà pas mal d'antennes différentes  
201 de l'ERET, et c'est ce qui ressort à chaque fois, en fait ouais. Le manque de suivi après  
202 l'année à l'ERET.
- 203 • M : Hum (acquiescement)
- 204 • I : Les patients seraient demandeurs d'avoir un suivi plus au long cours ?
- 205 • M : Oui, c'est ça.
- 206 • I : D'accord. Ok. Et ça, c'était le cas, quand c'était l'autre réseau ?
- 207 • M : Ouais. Enfin, c'est les retours que j'en ai.
- 208 • I : Hum hum. D'accord, c'est intéressant, parce que vous n'êtes pas la première à me  
209 signaler ce frein. (pause). Vous, qu'est-ce qui... Pour vous, qu'est-ce qui vous aiderait

- 210 à... Qu'est-ce qui permettrait d'améliorer ce système-là ? Déjà, vous dites, un meilleur  
 211 retour en fait ?
- 212 • M : Oui, alors après c'est de ma faute aussi, mais je pense à un cas, c'est une patiente  
 213 qui est sourde et muette, et elle a été refusée, alors qu'elle a une interprète.
  - 214 • I : D'accord.
  - 215 • M : Alors, faut que j'appelle c'est vrai qu'il faut peut-être qu'on échange plus... Mais  
 216 voilà, après c'est de ma faute, faut que j'appelle aussi.
  - 217 • I : Oui. Ça vaut le coup.
  - 218 • M : Mais, peut être que eux auraient pu m'appeler aussi pour me dire : "oh ben non, on  
 219 ne peut pas prendre cette patiente et pourquoi ?"
  - 220 • I : Oui, qu'il y ait un peu plus de communication, oui.
  - 221 • M : Peut-être moins de prescriptions, mais qu'il y ait un dialogue qui s'installe, surtout  
 222 dans des cas particuliers.
  - 223 • I : D'accord. Oui, surtout dans des cas comme ça oui. D'accord, ok. Et pour vous, il  
 224 faudrait un retour sur quelle forme ? Est-ce que vous avez l'impression, qu'il faut vous  
 225 faire un retour que à la fin du programme ou ?
  - 226 • M : Je pense que ça serait utile qu'il y en ait aussi au début.
  - 227 • I : D'accord.
  - 228 • M : Au début de la prise en charge, en disant : "bon ben d'accord, y'a ça, ça et ça qui  
 229 est prévu avec euh...", et la liste des correspondants qui interviennent car ce sont pas  
 230 toujours les mêmes et cetera.
  - 231 • I : D'accord.
  - 232 • M : Pour qu'on puisse peut-être, nous rebondir un petit peu plus, sur ..., les inciter à  
 233 continuer.
  - 234 • I : Oui, c'est ça, pour que vous puissiez vous en servir après dans vos consultations.  
 235 Mais normalement, ils font un diagnostic éducatif, au début, où là, ils vous envoient en  
 236 gros ce qu'ils ont déjà acquis ou pas, et les différents objectifs fixés. Et puis après  
 237 normalement, vous avez un courrier euh...
  - 238 • M : A la fin ?
  - 239 • I : Ouais.
  - 240 • M : Alors, ça je les ai pas, donc peut-être qu'effectivement, les patients n'y vont pas, ou  
 241 pas jusqu'à la fin, ou sinon il y a un dysfonctionnement entre la théorie et la pratique.
  - 242 • I : Hum. Oui, il faudrait revoir ça. Sinon, est-ce que vous pensez qu'un petit temps de  
 243 rappel, ça serait utile pour le patient, une fois qu'ils ont fini cette phase active euh ...De,  
 244 d'éducation thérapeutique ?
  - 245 • M : Ah oui, oui, clairement.
  - 246 • I : Et vous pensez qu'il faudrait l'installer au bout de combien de temps ? Cette  
 247 deuxième phase en gros de ...de piqûre de rappel ?
  - 248 • M : A voir avec le patient, peut-être eux-mêmes.
  - 249 • I : D'accord, plus du cas par cas.
  - 250 • M : S'ils sont demandeurs ou pas de... de faire une suite et quand.
  - 251 • I : D'accord. Ok. Est-ce que vous avez l'impression, qu'il y a des gens qui font quand  
 252 même plus d'activités physiques une fois qu'ils sont allés dans ces structures-là, ou  
 253 pas spécialement ?
  - 254 • M : Ben j'ai l'impression que quand ça s'arrête, euh... Ben ça s'arrête quoi.
  - 255 • I : Oui, ils continuent pas spontanément...
  - 256 • M : Non.
  - 257 • I : D'accord. Et au niveau de l'équilibre alimentaire, vous pensez que c'est pareil ou pas  
 258 ?
  - 259 • M : Je pense qu'il y a des notions qui ont été revues et cetera, mais j'espère quand  
 260 même que y'a des restes... Même sur l'activité physique, je suis peut-être pessimiste  
 261 aussi, mais...
  - 262 • I : (rires)

- 263 • M : Y'en a qu'ont toujours besoin qu'on soit derrière eux, mais je pense que pour les  
264 habitudes alimentaires, il y a plus de changements au long cours que pour l'activité  
265 physique.
- 266 • I : Hum hum. D'accord, donc vous, vous n'avez pas l'impression que ça change grand-  
267 chose dans votre pratique ?
- 268 • M : Non.
- 269 • I : Parce que vous n'avez pas forcément les retours et cetera... ni les résultats, en fin  
270 de compte.
- 271 • M : Non, pas vraiment. (pause)
- 272 • I : Mais vous.... vous le proposez quand même de manière euh... voilà, pour essayer  
273 d'aider les patients, mais vous n'avez pas spécialement le retour attendu. Vous ne  
274 pouvez pas vraiment juger de l'impact que ça a sur vos patients en fait ?
- 275 • M : Oui, c'est ça, j'ai vraiment comme je vous le disais tout à l'heure peu de retours.
- 276 • I : D'accord.
- 277 • M : Mais, en tout cas, je n'ai pas eu vraiment d'impact réellement positif.
- 278 • I : D'accord. (Pause). Et même au niveau euh.... Sans parler de la glycémie, et de  
279 l'hémoglobine glyquée, même au niveau psychique, au niveau moral et cetera chez les  
280 patients, vous n'avez pas l'impression non plus que ça change grand-chose ?
- 281 • M : Ben je .... Oui, ils m'en parlent pas. C'est vrai que moi aussi je pourrai leur poser  
282 plus de questions, mais euh... Non, j'ai pas l'impression que ça aide tant que ça les  
283 patients. Eux spontanément, ne m'en parlent pas...
- 284 • I : ...vous en parlent pas, d'accord. Oui, en fait, vous faites ça en parallèle de vos  
285 consultations, mais ça n'interfère pas dans votre euh ...dans votre prise en charge ni  
286 dans votre suivi ?
- 287 • M : Non, du tout.
- 288 • I : D'accord.
- 289 • M : Désolée.
- 290 • I : Ah non, faut pas. C'est intéressant aussi parce que au final, je pense qu'il y a  
291 beaucoup de médecins, qui le prescrivent sans avoir de retour non plus, c'est pour ça  
292 que c'est intéressant d'avoir plusieurs avis, et ne pas interroger que ceux qui sont très  
293 impliqués dans cette structure. Parce que les premiers médecins que j'ai interrogés  
294 étaient vraiment actifs dans le réseau, donc eux, évidemment, ils ont des retours, et ils  
295 n'avaient pas la même vision, mais je pense que ce n'est pas la ...la majorité, non plus.  
296 La plupart des prescripteurs ne sont pas actifs dans le réseau ERET. Donc c'est bien  
297 de rencontrer des médecins qui n'ont pas de lien avec l'ERET, pour voir s'il y a des  
298 retours positifs ou non.
- 299 • M : Et certains n'ont pas de retour ?
- 300 • I : En tout cas, certains trouvent le lien entre l'ERET et le médecin pas assez présent.  
301 (pause). Est-ce que vous avez l'impression que certains patients deviennent un petit  
302 peu expert, qu'ils connaissent tout sur leur maladie et cetera, suite à l'ERET ?
- 303 • M : Il y a effectivement des patients experts comme vous dites, mais pas plus après  
304 l'ERET, ils l'étaient déjà avant.
- 305 • I : D'accord et est-ce qu'ils sont demandeurs d'appartenir à ces réseaux là ou pas  
306 spécialement ?
- 307 • M : Je sais pas... Je peux pas vous dire. (réflexion). Mais j'ai pas l'impression que ces  
308 patients-là soient plus demandeurs ...
- 309 • I : D'appartenir à des réseaux ?
- 310 • M : Non, j'ai pas l'impression, enfin, je sais pas trop. (sourires)
- 311 • I : En bref vous pensez quoi de cette structure ?
- 312 • M : Euh ...Je suis convaincue de l'intérêt en théorie. Mais en pratique, je ne vois pas  
313 d'amélioration sur les patients. Alors, je ne sais pas si c'est un manque de  
314 communication de l'ERET, ou de ma part avec les patients, ou si c'est une mauvaise  
315 organisation, mais ... le résultat n'est pas celui escompté en tout cas.

- 316
- 317
- 318
- 319
- I : D'accord. (sourire), Ok. Ben écoutez merci beaucoup pour vos réponses.
  - M : Merci à vous et désolée de ne pas vous apporter grand-chose.
  - I : Mais non, non comme je vous disais, c'est bien, d'avoir plusieurs sons de cloche différents, ça enrichit l'étude.

- 1 ENTRETIEN N°8 : Femme, entre 35 et 50 ans, exerçant en secteur urbain, installée depuis  
2 2004, dans un cabinet de groupe. Elle n'a pas de formation en ETP et a une implication  
3 universitaire.  
4
- 5 • I : Bonjour, donc je fais ma thèse sur le diabète de type 2 et sur la prise en charge à
  - 6 l'ERET.
  - 7 • M : D'accord.
  - 8 • I : Donc je voulais savoir depuis combien de temps vous adressez vos patients à l'ERET
  - 9 à peu près ?
  - 10 • M : Ouh là, euh... Beaucoup moins ces derniers temps, en tout cas nettement moins,
  - 11 mais ça fait peut-être quatre ans.
  - 12 • I : D'accord.
  - 13 • M : Oui, c'est ça à peu près quatre cinq ans, je pense, pour donner un ordre d'idée.
  - 14 • I : Oui, on n'est pas à l'année près, c'est juste pour avoir une idée. D'accord, et pourquoi
  - 15 vous dites que vous en envoyez nettement moins maintenant ?
  - 16 • M : Ben parce que les retours n'étaient pas très satisfaisants... pour les patients.
  - 17 • I : D'accord.
  - 18 • M : J'étais très enthousiaste.
  - 19 • I : Hum hum.
  - 20 • M : Mais c'est un peu un flop on va dire.
  - 21 • I : D'accord.
  - 22 • M : Voilà. Alors j'ai envoyé, alors là vous me parlez du diabète.
  - 23 • I : Oui.
  - 24 • M : Alors moi j'ai envoyé surtout, alors effectivement un peu de diabète, mais surtout
  - 25 des prises en charge sur l'obésité, puisqu'ils nous proposaient un programme qui était
  - 26 pour une fois intéressant, avec justement des obèses sans autre problème.
  - 27 • I : Hum hum.
  - 28 • M : Et, ben le retour, c'était pas ça.
  - 29 • I : D'accord. Comment ça ?
  - 30 • M : Les patients ne se sentaient pas suivis, euh... euh. Au niveau de l'activité physique,
  - 31 c'était pas très vigoureux.
  - 32 • I : D'accord.
  - 33 • M : C'était de la sophrologie, donc c'est vrai que comme activité physique, c'est un peu
  - 34 léger la sophro, euh .... Enfin, on avait l'impression, enfin, c'était une bonne idée au
  - 35 départ, mais concrètement sur le terrain pfff (gonfle ses joues).
  - 36 • I : D'accord.
  - 37 • M : Voilà, c'était pas génial. Et puis, avec un retour... Alors, on a eu quand même euh,
  - 38 ...j'ai eu une fois par an, je crois, on avait une feuille de synthèse.
  - 39 • I : Oui.
  - 40 • M : Ou après la consultation je crois. Quand on les envoyait, c'est plutôt ça. Après la
  - 41 consultation, on avait une feuille nous disant voilà ce qui a été mis en place, enfin, voilà
  - 42 ce que l'on souhaiterait mettre en place. On nous demandait notre accord.
  - 43 • I : Ouais.
  - 44 • M : Et je crois qu'au bout d'une année on avait une feuille de synthèse.
  - 45 • I : Oui. C'est ça. Hum.
  - 46 • M : Mais entre deux, pfff (gonfle ses joues)
  - 47 • I : D'accord. Ok.
  - 48 • M : Rien, ... rien de rien. Et puis, c'est vrai ... Enfin, vraiment, nous, c'est le retour des
  - 49 patients, hein... Enfin, moi, je ne suis pas allée voir sur place. Mais, ils avaient pas
  - 50 l'impression que c'était euh.... super efficace
  - 51 • I : D'accord. D'accord. Donc, finalement, quand vous parlez du retour, oui, vous
  - 52 trouverez que ce serait judicieux d'avoir un retour avant la fin du programme, en fait ?
  - 53 • M : Ben, au moins, je dirais, peut-être par trimestre.

- 54 • I : D'accord.
- 55 • M : Une petite synthèse ou un petit point en disant : "ben voilà ce qui se passe", ou ...
- 56 Parce que c'est vrai, que nous on a que le retour des patients. Sur une année, euh...
- 57 alors euh... d'un côté on a un retour synthétique, en disant voilà ce qui a été fait. Et puis
- 58 quand on les entend, on a l'impression qu'ils font rien. Donc euh....
- 59 • I : D'accord.
- 60 • M : Voilà. C'est un petit peu l'idée. Et puis ça permet aussi de le relancer dans le
- 61 processus.
- 62 • I : Oui, c'est sûr.
- 63 • M : Si on avait un, un... je sais pas, tous les trimestres, un petit point sur voilà ce qui
- 64 est fait, voilà ce qui est proposé. Tiens ils viennent, tiens ils viennent pas. Parce que
- 65 ça, ils ne vont pas nous le dire, hein.
- 66 • I : Oui.
- 67 • M : Ils vont pas nous le dire s'ils ne viennent pas, par contre ils vont le critiquer. Mais,
- 68 euh, nous ça pourrait nous permettre de dire, ben tiens : "oui, j'ai eu votre synthèse,
- 69 vous vous êtes pas présenté. Vous êtes pas allés à l'atelier, je sais pas marche ou je
- 70 sais pas quoi, enfin euh..."
- 71 • I : Oui, ça vous permettrait de ....
- 72 • M : ...Ça permettrait peut-être de restimuler les gens.
- 73 • I : Hum hum. C'est ça. Parce que pour vous, vous ne pouvez pas trop vous servir du
- 74 retour en fait, dans vos consultations...
- 75 • M : ... Ah ben, si on l'a que un an après, c'est sûr que .... euh... C'est compliqué.
- 76 • I : D'accord. D'accord. Est-ce que vous, euhhhhh, ils vous en parlent spontanément de
- 77 l'ERET les patients ?
- 78 • M : Ah non, c'est toujours moi qui leur propose.
- 79 • I : D'accord.
- 80 • M : Ah non, eux, ils ne demandent pas. Ils ne sont pas demandeurs, alors peut-être
- 81 qu'ils ne connaissent pas, hein.
- 82 • I : Et vous proposez à quel type de patients ...Chez le diabétique de type 2 ?
- 83 • M : Alors, moi, ...Chez les diabétiques, ben pas tant que ça finalement. Moi, c'était
- 84 vraiment, moi ce qui me plaisait, c'était leur principe de la prise en charge de l'obésité.
- 85 • I : Hum hum.
- 86 • M : Parce que je trouvais que ce qui était intéressant, c'est qu'on agit avant qu'il y ait
- 87 d'autres pathologies qui se rajoutent.
- 88 • I : Oui.
- 89 • M : Ce qui m'embêtait un peu avant, effectivement, c'est qu'il fallait être obèse ET
- 90 • I : Hum.
- 91 • M : Hypertendu, diabétique. Alors c'est vrai que souvent ça va de pair, mais pas
- 92 toujours.
- 93 • I : Hum. C'est sûr.
- 94 • M : Donc euh, c'est plus par rapport à ça. Donc effectivement, j'ai dû envoyer des
- 95 diabétiques et des pathologies cardio-vasculaires. Mais dans ce cas-là, quand
- 96 j'envoyais les diabétiques, c'est parce qu'il y avait une problématique alimentaire aussi.
- 97 • I : D'accord. D'accord.
- 98 • M : Surpoids. Enfin, voilà, ou manque d'activité. Enfin quelque chose qui pourrait les
- 99 stimuler, de se prendre en charge de façon globale, quoi.
- 100 • I : Hum, de gérer tout ce qui est non médicamenteux, en fait.
- 101 • M : Voilà, c'est ça.
- 102 • I : D'accord.
- 103 • M : Ben essayer de leur faire prendre conscience qu'ils ont des choses à faire, et que
- 104 les médicaments c'est pas tout.
- 105 • I : Hum hum.
- 106 • M : C'est un peu l'idée je crois.

- 107 • I : Est-ce que vous avez l'impression qu'ils comprennent mieux leur maladie, quand ils  
108 sont passés à .... à l'ERET ?
- 109 • M : (pause) ça je ne pourrais pas trop vous dire... Parce que j'ai pas le cas... Non,  
110 franchement, j'ai l'impression que ça n'a rien changé pour ceux que j'ai envoyés.
- 111 • I : D'accord.
- 112 • M : Non je vois pas, je vois pas ce que ça change.
- 113 • I : D'accord. Oui, vous avez peu de patients en tête qui ont fait le programme jusqu'au  
114 bout et où vous avez le retour, en fait.
- 115 • M : Ouais. Là, honnêtement, euh... J'en ai pas en tête qui sont sortis bénéfiques de ce  
116 programme. Alors, est-ce qu'ils ont été au bout ? ... J'en ai certainement envoyé ... Mais  
117 je vois pas qui a été au bout du truc, quoi. Et je vous dis, ça doit faire un an ou deux  
118 ans que j'en envoie plus.
- 119 • I : D'accord.
- 120 • M : Parce que les retours ne sont pas bons. Au début, on a été super motivé, hein. Et  
121 puis, très vite, pffff (gonfle les joues).
- 122 • I : Hum. Vous, vous n'aviez pas vu d'amélioration au niveau clinique de la prise en  
123 charge chez ces patients-là, en fait ?
- 124 • M : Non, honnêtement, non. (négation de la tête)
- 125 • I : D'accord, que ce soit complications ou ....
- 126 • M : Non, non.
- 127 • I : D'accord.
- 128 • M : Je préfère être honnête, hein.
- 129 • I : Ah oui, bien sûr.
- 130 • M : Je n'ai pas le sentiment que les gens aient pris conscience de quoi que ce soit.
- 131 • I : D'accord.
- 132 • M : J'avais l'impression que la prise en charge était un peu dissociée quoi. Y'avait  
133 pas...Comment dire, y'avait pas de cohérence.
- 134 • I : D'accord.
- 135 • M : Y'avait pas de lien dans tout ça. On avait l'impression que chacun, la diététicienne  
136 faisait un truc. Le podologue machin. Enfin, en tout cas, moi c'est le ressenti, hein.
- 137 • I : Oui, oui.
- 138 • M : C'est peut-être pas comme ça, mais j'avais l'impression qu'il n'y avait pas de lien.
- 139 • I : Hum hum.
- 140 • M : C'était pas euh... ça faisait pas vraiment euh, réseau, équipe. Après, je ne sais pas  
141 comment ça fonctionne exactement, hein, mais... C'est vrai que c'est un peu euh...  
142 C'est un peu, moi, le ressenti que moi j'ai
- 143 • I : D'accord.
- 144 • M : Enfin, nos différents patients pensent tous ça, je veux dire, ce n'est pas qu'un qui  
145 critique, c'est vraiment une généralité. Et les autres ça donne quoi ?
- 146 • I : Ben, je pense qu'il y a des variations au sein des antennes, car j'essaie de faire  
147 plusieurs antennes différentes, et y'en a qui marchent, qui marchent vraiment bien.
- 148 • M : Pourtant les personnes du réseau se sont déplacées, en tout cas, nous on les a  
149 reçus, ça je m'en souviens bien. D'ailleurs, moi je me suis dit : "génial, ça ça a l'air top,  
150 c'est une bonne idée" et j'en ai un peu discuté avec la coordinatrice, je lui ai dit hein :  
151 "ben écoutez je suis désolée, mais moi je ne vous en envoie plus, parce que les retours  
152 ils sont quand même pas géniaux." Par contre elle me disait que sur une ville voisine,  
153 je crois que ça marche très bien.
- 154 • I : Oui. Dans ville A et aussi dans ville B, ça fonctionne bien, d'après les médecins que  
155 j'ai interrogés.
- 156 • M : Je sais pas hein, ce qui fait que ça marche bien dans ville A et ville B et pas chez  
157 nous. Je suis désolée, hein.

- 158 • I : Non, non. Non, c'est intéressant aussi de voir les dysfonctionnements. Mon travail  
159 est de voir si ça aide les médecins ou pas. Donc votre réponse est importante même  
160 si elle est plutôt négative, c'est intéressant.
- 161 • M : Voilà, j'ai toujours la fiche d'inscription, mais je ne propose plus.
- 162 • I : D'accord.
- 163 • M : Je ne propose plus, parce que les retours ne sont pas top top.
- 164 • I : Mais que ce soit, parce que là, on a vu d'un point de vue clinique, mais d'un point  
165 psychique, les patients ne se sentaient pas mieux non plus d'appartenir à ce réseau  
166 euh...
- 167 • M : Non, franchement, je n'avais pas l'impression.
- 168 • I : D'accord. D'accord.
- 169 • M : Honnêtement, leur retour ça me donnait l'impression qu'ils perdaient tous leur  
170 temps.
- 171 • I : D'accord.
- 172 • M : Ils n'avaient aucun intérêt en tout cas, pour eux à y aller.
- 173 • I : Non. (négation de la tête). (pause). D'accord.
- 174 • M : Alors après, je ne sais pas quelles étaient leurs attentes, hein aussi, euh. Ça ne  
175 correspondait peut-être pas finalement à ce qu'ils recherchaient. Quand faut faire des  
176 efforts par soi-même, c'est toujours plus compliqué. Mais voilà, quoi. Le global, c'était  
177 plutôt ça.
- 178 • I : D'accord. Ok. Est-ce que ça a changé quelque chose dans la relation médecin  
179 patient, d'appartenir à ce réseau ?
- 180 • M : Non, non. Du tout.
- 181 • I : Non. Ok.
- 182 • M : Après, c'est avec cette expérience-là, hein. Mais non.
- 183 • I : D'accord. Au niveau de la communication, ça n'a pas changé ?
- 184 • M : Non.
- 185 • I : D'accord, ok, très bien. Donc, vous, d'un point de vue global, vous en tirez quoi de  
186 cette expérience avec l'ERET alors ?
- 187 • M : (rires) Comment dire ? ...Une grosse déception.
- 188 • I : D'accord.
- 189 • M : Une grosse déception parce que je pense que c'est une excellente idée. Je pense  
190 que c'est quelque chose dont on a besoin, nous, en médecine générale théoriquement.  
191 Mais, par contre, concrètement sur le terrain, euh .... c'est pas euh ... très efficace.  
192 Maintenant, euh... voilà, je ne sais pas quels sont les freins. Je ne sais pas ce qui fait  
193 que cette antenne-là ne marche pas par rapport à une autre. Je pense qu'on a quand  
194 même les mêmes patients, à peu près euh...
- 195 • I : ...Oh, oui, oui, je pense que les patients doivent être les mêmes que ceux des  
196 antennes voisines.
- 197 • M : Voilà. Après, je ne sais pas. Est-ce que, est-ce que finalement, y'a pas une équipe  
198 soudée. Parce que c'est bien joli de vouloir faire ça, mais si ça ne part pas du terrain à  
199 la base, de dire, ben moi, je voudrais ...on aimerait faire ça comme projet. Moi, j'ai  
200 l'impression que c'est un projet ERET éducation thérapeutique, et en fait, on va  
201 chercher les gens pour qu'ils viennent travailler avec nous, pour qu'ils fassent cette  
202 prise en charge.
- 203 • I : D'accord.
- 204 • M : Mais en faisant comme ça, je ne suis pas sûre que les gens soient très motivés  
205 finalement. Alors que si on prend des gens qui sont déjà sur le terrain, qui veulent  
206 monter ça et qui se réunissent pour le faire, je pense que la motivation est meilleure,  
207 que un projet qui vient d'en haut, mais comme toujours, hein. Et puis, on descend :  
208 "allez venez, on veut vous proposer de faire ça." et ils disent "ouais bon ok". Est-ce  
209 qu'ils étaient vraiment tous motivés ? Est-ce que c'était pas.... euh... Je sais pas. Je  
210 sais pas, mais moi franchement, ce qui me .... Ce qui est flagrant c'est ce manque de

- 211 cohésion, ce manque de ... entre les différents professionnels de l'ERET. Alors je sais  
212 que les professionnels sont parfois libéraux, alors c'est pas toujours facile, hein. Mais,  
213 mais en tout cas c'est ça. On sent qu'il y a un ... qu'il y a un problème de cohésion.
- 214 • I : D'accord.
  - 215 • M : L'idée est bonne.
  - 216 • I : Oui, c'est ça, l'idée était de travailler à plusieurs intervenants et tout, mais ça en  
217 pratique...
  - 218 • M : ...Oui, c'est ça. L'idée était bonne, l'idée était géniale. Mais en pratique,  
219 euh...non. Moi je leur ai dit encore la dernière fois, hein.
  - 220 • I : Hum. (acquiescement)
  - 221 • M : L'idée est bonne, mais concrètement, euh, ça ne se met pas bien en place, quoi.
  - 222 • I : D'accord, ok. Et donc, ouais, les patients, euh, globalement, étaient déçus de la prise  
223 en charge.
  - 224 • M : Ah oui. Oui, oui. D'ailleurs, y'en a même qui ne terminaient pas leur programme.
  - 225 • I : D'accord.
  - 226 • M : Non, non, mais euh.... Beaucoup m'ont dit, que ce soit les diabétiques ou les obèses  
227 : "ben pour l'activité physique, on nous propose juste ... pas grand-chose, euh". Une  
228 m'a dit : "c'est de la sophro", ben ouais, ok d'accord, un peu de marche, et encore pas  
229 tous, il devait pas y avoir de personnel ... mais... Je pense que ça manque d'ambition  
230 quoi. Alors je sais qu'il faut démarrer, c'est pas évident, hein. Mais les gens, en plus...  
231 Enfin, quand je leur proposais ça, moi je le vendais en disant : "mais c'est génial... Pour  
232 une fois on vous propose des choses... Y'a une prise en charge" C'est vrai que c'était  
233 intéressant, en plus financièrement. Parce que d'habitude, c'est : "je ne vais pas  
234 m'inscrire là, parce que c'est trop cher." Là, c'était deux fois rien, ce qu'on leur  
235 demandait en participation. Mais, en retour, euh.... Ben ouais, si ça bouge pas, c'est  
236 pas génial quoi.
  - 237 • I : D'accord.
  - 238 • M : Ouais, j'imaginai quelque chose de plus (claque des doigts)
  - 239 • I : Dynamique ?
  - 240 • M : Dynamique quoi.
  - 241 • I : D'accord.
  - 242 • M : En tout cas, moi, je n'ai pas ressenti, au travers de ce que me disent les patients...  
243 C'est toujours, au travers de ce qu'ils me disent, et du ressenti, hein.
  - 244 • I : Oui, oui, oui, oui. C'est du ressenti, c'est le but de mon travail. D'accord. Ben, écoutez  
245 merci.
  - 246 • M : De rien.

1 ENTRETIEN N°9 : Homme de plus de 50 ans, exerçant en secteur urbain, dans un PSLA. Il a  
2 une formation à l'ETP et une implication universitaire.

- 3
- 4 • I : Bonjour, donc je fais ma thèse sur le patient diabétique de type 2, avec l'ERET.
- 5 • M : Avec l'ERET, ok.
- 6 • I : Hum. Ça fait depuis combien de temps vous, que vous travaillez avec l'ERET ?
- 7 • M : Euh... Ça fait un moment, parce que avant l'ERET, c'était un autre réseau en fait,
- 8 hein.
- 9 • I : Oui.
- 10 • M : Donc moi j'étais là depuis le départ. J'étais le vice-président de l'autre réseau.
- 11 • I : D'accord.
- 12 • M : Voilà. Donc dès le début en fait, hein.
- 13 • I : Et l'autre réseau, ça fait combien de temps que c'était...
- 14 • M : Pfff, alors là, le problème, c'est que moi et les dates... ça fait ... pas mal de temps
- 15 on va dire. (sourire)
- 16 • I : (sourire) D'accord.
- 17 • M : Je pense que grosso modo, euh, que l'ERET est arrivé quatre ans après l'autre
- 18 réseau.
- 19 • I : D'accord.
- 20 • M : Donc trois quatre ans.
- 21 • I : Ok. Et vous... Vous avez beaucoup de patients diabétiques qui sont au sein de
- 22 l'ERET ?
- 23 • M : Euh, oui. Alors, je ne pourrai pas vous dire combien, mais j'en ai pas mal, ouais.
- 24 • I : D'accord. Vous le proposez, euh.... Systématiquement, ou à certains patients ?
- 25 • M : Assez systématiquement, euh
- 26 • I : D'accord.
- 27 • M : Le souci, le biais...C'est toujours comme ça dans les réseaux. Parce qu'en fait, on
- 28 s'aperçoit que c'est les gens qui sont... qui sont plutôt bien observants, bien suivis, qui
- 29 rentrent là-dedans.
- 30 • I : Oui. C'est sûr.
- 31 • M : Et puis, les gens qui sont ...Qui ont du mal, avec des hémoglobines glyquées à
- 32 douze, à douze, j'exagère un peu, mais élevées, on n'arrive pas à les mettre dedans.
- 33 • I : D'accord. D'accord.
- 34 • M : C'est un peu... Donc, on n'arrive pas à toucher la... la population cible. Enfin, moi,
- 35 c'est mon ressenti.
- 36 • I : Hum. On n'arrive pas à toucher la population qui en aurait le plus besoin.
- 37 • M : Oui c'est ça, (hochement de tête), qui en aurait le plus besoin. Voilà, hein.
- 38 • I : D'accord, d'accord. Mais vous pensez que ça n'a pas d'intérêt pour ceux qui sont
- 39 bien équilibrés ?
- 40 • M : Si, si quand même mais moindre.
- 41 • I : D'accord. Et ceux, ceux qui, qui y vont, ils restent, euh tout le long du programme,
- 42 ou y'en a qui arrêtent.
- 43 • M : Y'en, y'en a qui arrêtent, mais globalement, euh, c'est plutôt pas mal. Alors, alors
- 44 après le problème, c'est que si ils sont ... en, en activités
- 45 • I : Hum hum
- 46 • M : En activité professionnelle, c'est quand même compliqué de leur faire faire toutes
- 47 les activités.
- 48 • I : D'accord. D'accord.
- 49 • M : Souvent, l'échec il est là. Ils disent : "oui, mais vous proposez ça, mais, niveau
- 50 horaire, ça correspond pas, ça correspond pas, ça correspond pas", donc au bout d'un
- 51 moment ils arrêtent.
- 52 • I : Hum. D'accord.
- 53 • M : Le retraité c'est plus facile.

- 54 • I : D'accord, donc pour vous un des freins, c'était le, le fait que les patients soient encore  
55 actifs, d'un point de vue professionnel. Ça, c'est ...
- 56 • M : ...Voilà (hochement de tête). Il ne peut pas aller à toutes les réunions.
- 57 • I : D'accord.
- 58 • M : Mais globalement, ils y vont hein.
- 59 • I : Et quels, quels sont les autres freins que les patients vous citent pour ne pas y aller  
60 ?
- 61 • M : Alors, le frein, c'est souvent le fait d'être en groupe.
- 62 • I : D'accord.
- 63 • M : Alors, euh. Ça, c'est à nous de leur expliquer qu'au contraire ils vont rencontrer  
64 leurs pairs et finalement après ils sont contents. Mais souvent, c'est ça hein.
- 65 • I : Hum.
- 66 • M : "Je veux pas aller à la piscine, je suis gros" ou "je suis grosse". Mais ils sont tous  
67 comme ça, donc euh...
- 68 • I : Hum hum.
- 69 • M : Voilà, ça c'est un frein, mais qu'on peut lever si on en discute.
- 70 • I : D'accord.
- 71 • M : Je pense hein.
- 72 • I : D'accord. Ok, et ceux qui redoutaient ce problème-là, une fois qu'ils sont au sein du  
73 groupe, est-ce qu'ils en parlent encore ou ils arrivent à ... ?
- 74 • M : ...Ah non, ils en parlent plus après. Ça passe ça passe après.
- 75 • I : D'accord.
- 76 • M : Y'a, y'a un truc, euh, vous allez peut-être pas m'interroger dessus, mais que je dis  
77 toujours, c'est, cette dimension-là, je ne l'avais pas.... Je ne l'avais pas forcément  
78 intégré au départ. C'est que euh..., c'est euhhhhhh, ce réseau permet justement, avec  
79 ses rencontres de lever un certain isolement social.
- 80 • I : Hum hum.
- 81 • M : Y'a quand même pas mal de gens qu'ont une grande obésité ou un diabète, et qui,  
82 qui ne sortaient plus, qui mangeaient mal, qui...et qui ont fait de l'activité grâce à ce  
83 réseau...Alors c'est rigolo, parce qu'ils font comme activité de la marche nordique, et  
84 alors après ils vont manger des gros gâteaux. (rires) Mais c'est pas grave. (rires). Au  
85 moins, ils ont des copains, alors qu'avant...
- 86 • I : Oui, je vois, ça limite l'isolement social.
- 87 • M : Alors ça, c'est ...C'est un truc qu'on avait pas saisi et qui je trouve ... j'insiste toujours  
88 là-dessus parce que je trouve ça très intéressant.
- 89 • I : Hum hum. Oui, leur mieux être psychique, joue aussi sur...
- 90 • M : ...Voilà, voilà, tout à fait.
- 91 • I : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression qu'ils comprennent mieux leur maladie  
92 une fois qu'ils appartiennent à ce réseau ?
- 93 • M : Ah ben oui, oui, c'est sûr. Ce serait dommage autrement. (rires). Ouais c'est sûr.  
94 Non, parce que tous les ateliers sont plutôt bien faits, quoi.
- 95 • I : Est-ce qu'ils acceptent mieux leur maladie chronique ?
- 96 • M : C'est une question difficile. Je sais pas... Probablement, mais je .... je saurais pas  
97 vous dire.
- 98 • I : Est-ce que vous avez l'impression que ça joue au niveau du cheminement en tout  
99 cas, euh... ?
- 100 • M : Oui, certainement. Ça leur fait prendre conscience que... Ben que le diabète c'est  
101 une maladie qui ne se soigne pas, enfin qui ne se guérit pas je veux dire. Et qui va  
102 l'accompagner toute sa vie, quoi. Peut-être que nous, on n'a pas toujours le temps de  
103 leur expliquer ça au cabinet, ou qu'on ne prend pas toujours le temps.
- 104 • I : Hum.
- 105 • M : Donc, là comme il y a des diabètes découverts il y a longtemps, d'autres non. Oui,  
106 je pense que ça doit jouer. Oui. Après, ils m'en parlent pas vraiment, mais...

- 107 • I : D'accord. Est-ce que vous voyez une amélioration avec l'observance du traitement  
108 ?
- 109 • M : Euh, pffffff... (gonfle les joues), euh, ça, c'est, c'est la grande question. En fait, je  
110 crois qu'on a pas fait d'étude là-dessus, sur savoir si ....., bon en tout cas, on ne sait pas  
111 sur quel critère on doit se baser. On se base souvent sur l'hémoglobine glyquée, et je  
112 ne suis pas persuadé que les hémoglobines glyquées soient meilleures dans le suivi  
113 ERET versus non ERET.
- 114 • I : D'accord.
- 115 • M : Mais ça n'engage que moi.
- 116 • I : D'accord. Et, en tout cas, est-ce qu'ils suivent mieux leurs traitements, vous avez  
117 l'impression ?
- 118 • M : En traitement, non, je pense pas. Je pense que l'amélioration, c'est surtout l'activité  
119 physique, c'est le gros plus.
- 120 • I : D'accord.
- 121 • M : Parce que tous ceux, moi que je fais rentrer dans le réseau, c'est surtout ceux qui  
122 ont du mal et ceux qui ne bougent pas, quoi. Et ça, ça c'est sûr qu'ils le font. Donc, ils  
123 découvrent des activités, et puis le fait qu'ils soient en groupe, ils y vont volontiers.
- 124 • I : D'accord.
- 125 • M : Moi je crois que l'amélioration c'est surtout l'activité physique.
- 126 • I : Et est-ce que cette amélioration persiste une fois qu'ils quittent le programme ?
- 127 • M : Alors pas toujours, malheureusement. Alors, pas toujours oui et non, parce qu'il y  
128 a eu un premier groupe qu'on avait intégré dans le premier réseau (avant l'ERET), et  
129 qui ont euh... Je vous raconte une anecdote euh
- 130 • I : Oui.
- 131 • M : Euh qui après, je sais pas, au bout de 3 ans, parce que bon, on est obligé de les  
132 sortir après...
- 133 • I : Ben oui.
- 134 • M : Et qui étaient un peu déçu de ça, donc ils ont formé une association, pour continuer  
135 à marcher ensemble. En fait, ils avaient pas beaucoup changé leur poids, mais ça a  
136 l'avantage qu'ils sortaient. Ils marchaient, ils étaient plus dynamiques.
- 137 • I : Oui, c'est sûr que c'est déjà bien, ça joue quand même.
- 138 • M : Oui. C'était une façon de dire "vous acceptez votre poids, mais vous continuez à  
139 marcher, quoi."
- 140 • I : Oui, au moins ça leur évite quand même d'autres complications.
- 141 • M : Oui, voilà, oui voilà. C'est sûr que toutes les études maintenant montrent que  
142 l'activité physique c'est presque aussi important que le traitement, donc c'est pour ça  
143 que l'ERET, je pense que le grand plus, c'est l'activité physique.
- 144 • I : D'accord. Et est-ce que vous, vous avez l'impression qu'ils perçoivent justement  
145 l'importance de ...de toute la part non médicamenteuse, en fait, dans cette prise en  
146 charge.
- 147 • M : Oh oui, oui, oui, oui. (hochement de tête). Tout à fait oui. C'est pour ça que je ne  
148 suis pas persuadé qu'ils prennent mieux leur traitement, je suis pas .... vraiment je suis  
149 pas dans les mieux placés pour le dire... Je ne participe pas au groupe, faudrait voir  
150 avec les animateurs, ... je ne sais pas ce qui est dit sur le traitement, mais en tout cas,  
151 ils prennent conscience d'une autre dimension, c'est sûr.
- 152 • I : Hum hum. D'accord. Est-ce qu'ils sont plus adhérents à tout ce qui est parcours de  
153 soins, suivi chez spécialistes euh....
- 154 • M : (grimace) Je sais pas dire, si c'est plus ou moins. Mais globalement oui, je pense  
155 que ça c'est revu dans les ateliers, donc euh... le suivi, le suivi spécifique, donc euh...Ça  
156 c'est rappelé. Ça peut nous aider effectivement.
- 157 • I : Ok. Est-ce que vous pensez que les patients ont une meilleure qualité de vie quand  
158 ils appartiennent à ce... ce réseau ?
- 159 • M : Ah c'est clair, pour les raisons que je vous disais.

- 160 • I : Pour les raisons de l'activité physique.
- 161 • M : Ouais... Ouais, ouais, tout à fait ouais.
- 162 • I : D'accord.
- 163 • M : Ils acceptent mieux leur corps. Y'a aussi des ateliers sur l'image de soi. Tout ça,
- 164 c'est bien, c'est important aussi. C'est plutôt bien fait.
- 165 • I : D'accord.
- 166 • M : Donc euh... Oui, oui, ils sont mieux.
- 167 • I : D'accord. Et vous parliez de l'activité physique. Est-ce que y'a aussi, un rôle sur la
- 168 part euh.... Tout ce qui est diététique ?
- 169 • M : Ah oui, tout à fait oui. Ben, y'a des ateliers cuisine. Ah ça, c'est très important surtout
- 170 que, ils invitent le conjoint souvent. Parce que bon, si c'est madame qui.... Si c'est
- 171 monsieur qui est diabétique et madame qui fait la cuisine, euh, c'est bien d'avoir les
- 172 deux. Et ça, c'est plutôt pas mal.
- 173 • I : Hum. Et ça, vous avez l'impression qu'ils changent aussi leurs habitudes d'un point
- 174 de vue alimentaire ?
- 175 • M : Je... J'ose espérer. Je pense oui. C'est difficile à prouver, c'est vrai. Faudrait faire
- 176 une étude, c'est vrai que ce serait intéressant ... (pause)
- 177 • I : D'accord. Est-ce que vous les trouvez plus autonomes pour leur traitement ?
- 178 • M : Oui, globalement oui.
- 179 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez remarqué s'ils ont moins de complications ces
- 180 gens-là ?
- 181 • M : Pour ça, je sais pas. J'en, j'en suis pas persuadé.
- 182 • I : D'accord. D'accord.
- 183 • M : J'ai envie d'y croire, mais j'en suis pas persuadé.
- 184 • I : Même les complications aiguës, comme gérer les hypoglycémies...
- 185 • M : ...Ça, je pense que... Alors là, on va plutôt parler des... diabétiques qui sont insulino
- 186 dépendants, c'est quand même plus fréquent dans ce cas-là. Oui, je pense que oui,
- 187 oui. Parce que les hypoglycémies, c'est pas simple pour les gens. Donc ça y'a un atelier
- 188 spécifique ... Oui, oui, ça c'est mieux.
- 189 • I : D'accord.
- 190 • M : Ça nous aide d'ailleurs. Parce qu'on a pas souvent le temps en consult de voir ça.
- 191 • I : D'accord, donc tout ce qui est aigu, vous avez l'impression que ça aide quand même
- 192 mais...
- 193 • M : ...Oui.
- 194 • I : Mais par contre les complications au long cours, on s'en rend pas compte encore.
- 195 • M : Ben, on, on, .... on se rend pas bien compte, parce qu'il faut plusieurs années pour...
- 196 • I : Hum
- 197 • M : Donc on verra, mais vu que les chiffres des hémoglobines glyquées ne bougent
- 198 pas, je ne suis pas sûr que les complications chroniques ralentissent.
- 199 • I : D'accord.
- 200 • M : Mais sur l'aigu, je pense que oui. Oui, ils savent mieux gérer une hypoglycémie. Ils
- 201 savent mieux ... Comment réagir à telle ou telle situation. Oui, c'est sûr. Ça c'est ... Y'a
- 202 des ateliers pour ça, d'ailleurs.
- 203 • I : Hum. D'accord. Donc, oui, comme vous disiez tout à l'heure, pour vous,
- 204 l'hémoglobine glyquée, vous avez pas l'impression qu'elle soit vraiment améliorée ?
- 205 • M : Ben j'en parle souvent avec le coordinateur de l'ERET, c'est vrai que on s'était dit
- 206 qu'on ferait une étude, tout ça et puis on l'a pas fait mais bon...Moi, je me suis amusé
- 207 une fois à faire ça, j'ai pas... j'ai pas l'impression.
- 208 • I : D'accord.
- 209 • M : Mais après, faudrait faire une étude plus précise pour voir.
- 210 • I : Hum hum. Et au niveau par exemple du poids ou du profil lipidique, c'est pareil, est-
- 211 ce que vous avez remarqué des différences ou pas ?
- 212 • M : Non, le ...Le poids, c'est compliqué quand même hein.

- 213 • I : D'accord.
- 214 • M : Je crois que, voilà, c'est vraiment l'activité physique. Ils sont plus dynamiques, plus
- 215 soutenus. Mais même s'il n'y a que ça, je pense que c'est déjà bien c'est déjà
- 216 beaucoup.
- 217 • I : Ah oui, oui, c'est sûr. Est-ce que eux-mêmes, ils le perçoivent ce mieux être vous
- 218 pensez ?
- 219 • M : Ah oui, oui. Tout à fait. Oui.
- 220 • I : D'accord.
- 221 • M : Tout à fait, oui.
- 222 • I : D'accord. Eux, ils sont contents de....
- 223 • M : Ben ils sont contents de se retrouver, et de se dire, ben voilà, là je vais faire la
- 224 marche nordique, là je vais faire de la gym, je vais faire de l'aquagym.
- 225 • I : D'accord.
- 226 • M : Ils sont contents, ouais.
- 227 • I : D'accord. Est-ce que vous avez remarqué s'ils ont des attentes différentes une fois
- 228 qu'ils ....Qu'ils ont fait ce programme ?
- 229 • M : J'ai pas l'impression, non. Je sais pas .... Non, franchement je ne pense pas.
- 230 • I : D'accord. (pause) dans les ... dans les.... Dans la littérature, y'a des articles qui
- 231 parlent d'effets néfastes avec les programme d'éducation thérapeutique, avec des
- 232 effets anxiogènes. Est-ce que vous, vous avez remarqué ça ?
- 233 • M : Moi, j'ai pas l'impression, hein.
- 234 • I : D'accord.
- 235 • M : J'ai pas l'impression... Après, je pense qu'ils sont assez vigilants là, euh.... Vigilants
- 236 sur les messages qui sont passés justement et puis y'a des fois, la plupart du temps
- 237 c'est en groupe, donc y'a des fois y'a des entretiens individuels.
- 238 • I : D'accord.
- 239 • M : Je crois qu'il peut y avoir des effets néfastes dans certains réseaux, ouais.
- 240 • I : Hum.
- 241 • M : Mais, là, euh... Je pense que c'est .... La vigilance ... Elle est bien faite là-dessus.
- 242 • I : D'accord. D'accord. Vous, il n'y a jamais des patients qui viennent en consult euh...
- 243 inquiets ?
- 244 • M : Au contraire, non je ne pense pas.
- 245 • I : D'accord.
- 246 • M : Ils ont... Ils ont la réponse à leurs questions, au contraire.
- 247 • I : Oui, ils posent pas les questions, euh spécialement à vous, mais ils les gèrent avec
- 248 le groupe...
- 249 • M : ...Oui, voilà, je pense. Oui, oui. (hochement de tête)
- 250 • I : D'accord. Ils ont pas des questions... Enfin, ils ont pas plus de questions, pour vous
- 251 ?
- 252 • M : Non, ils ont peut-être moins de questions justement.
- 253 • I : Avec vous ? Vous avez l'impression qu'ils ont moins de questions ?
- 254 • M : Oui, oui, c'est ça oui.
- 255 • I : D'accord.
- 256 • M : Parce que tout est abordé, en fait.
- 257 • I : D'accord.
- 258 • M : Et puis en groupe, enfin.... je n'ai jamais assisté, mais je pense que c'est comme
- 259 un groupe de paroles quoi. Hein ?
- 260 • I : Hum hum.
- 261 • M : Chacun raconte son histoire et .... "ah ben oui, mais on m'a dit ça". Donc c'est revu
- 262 et puis voilà.
- 263 • I : Hum, ok. Est-ce que vous avez remarqué euh ....., si les patients sont demandeurs
- 264 de continuer une fois que le programme s'arrête...Parce...

- 265 • M : ...Ah oui, oui. Désolé je vous coupe, mais oui oui. Ça, c'est même le problème,  
266 parce que de temps en temps, il faut les sortir du réseau.
- 267 • I : Ouais.
- 268 • M : Ah oui, ça c'est sûr ils sont demandeurs.
- 269 • I : D'accord. Est-ce que vous pensez que ce serait bien de .... ben de faire comme des  
270 petites piqu...
- 271 • M : ....Faire des rappels ?
- 272 • I : Oui voilà.
- 273 • M : Ah oui, oui, oui, c'est sûr, ce serait intéressant. Oui.
- 274 • I : Et pour vous, ce serait bien de le faire à partir de combien de temps ?
- 275 • M : Ben ....6 mois après, ou 1 an. 6 mois, 1 an, quoi.
- 276 • I : D'accord.
- 277 • M : Pour pas trop les laisser dans la nature.
- 278 • I : D'accord.
- 279 • M : Paradoxalement, y'a des gens aussi qui ont... Qui ont fait euh... un peu tout le  
280 parcours pendant le temps imparti, alors j'ai pas ça en tête mais... Et puis, euh... au  
281 bout de 2 ans, retour à la case zéro quoi.
- 282 • I : D'accord.
- 283 • M : "Mais vous étiez pas au réseau ? Vous n'avez pas appris ça ?" "Oh si, mais oublié  
284 !"
- 285 • I : Hum.
- 286 • M : Voilà.
- 287 • I : Et eux, sont demandeurs en tout cas.
- 288 • M : Ah oui, oui, tout à fait oui.
- 289 • I : Ok.
- 290 • M : Et même, on arrive à en réintégrer quand même hein. Avec reprise du programme  
291 au début.
- 292 • I : Hum.
- 293 • M : Donc c'est ... Y'a des nouveaux diagnostics éducatifs qui sont refaits. Mais ça arrive  
294 qu'on les remette dans la boucle.
- 295 • I : D'accord. Et quand c'est comme ça, ils repartent avec un groupe de départ, ils ne  
296 sont pas que avec des gens qui ont déjà fait le programme ?
- 297 • M : Non, non, c'est mélangé.
- 298 • I : D'accord.
- 299 • M : En tout cas, ce serait bien de proposer en systématique un ou deux ateliers, 6 mois,  
300 1 an, après pour faire le point et refaire des piqûres de rappel.
- 301 • I : D'accord. Ok. Est-ce que vous vous servez du petit euh...du petit compte rendu que  
302 l'ERET vous fournit pour les patients ?
- 303 • M : Ah oui, oui, oui. (hochement de tête). Oui oui, tout à fait oui.
- 304 • I : Ouais ?
- 305 • M : Je le scanne, je le mets dans le dossier ouais.
- 306 • I : D'accord, et après, vous le réabordez avec le patient ou pas ?
- 307 • M : Pas toujours, de temps en temps, mais pas toujours.
- 308 • I : D'accord. Et pourquoi, vous savez ?
- 309 • M : Parfois on n'a pas toujours le temps. C'est notre faute c'est vrai.
- 310 • I : Et est-ce que vous trouvez que ce ...Que ce lien avec l'ERET est bien, est bien fait  
311 ?
- 312 • M : Ah oui, oui, oui. Tout à fait oui.
- 313 • I : D'accord.
- 314 • M : Mais peut-être qu'on pourrait euh, passer davantage de temps à ça. Euh... le souci,  
315 c'est qu'on... L'ERET nous renvoie un... un compte rendu, on le met dans le dossier, et  
316 ...on oublie d'en parler après quoi.
- 317 • I : Hum.

- 318 • M : C'est ça, on est toujours pressé en même temps.
- 319 • I : Hum hum.
- 320 • M : Faudrait qu'à la limite, il y ait une consultation qui soit dédiée à ça.
- 321 • I : D'accord.
- 322 • M : Pour qu'on ait du temps.
- 323 • I : D'accord. Oui, pour vous, il faudrait une consultation pour pouvoir faire le point ...
- 324 • M : ...Pour pouvoir faire le point... Voilà.
- 325 • I : D'accord. En parlant de temps, justement, est-ce que la gestion du temps dans la
- 326 consultation elle est différente, une fois que les patients ont été à l'ERET ?
- 327 • M : Globalement, ça devrait euh... Oui, je pense qu'on a moins... Moins besoin
- 328 d'aborder l'éducation thérapeutique. C'est sûr.
- 329 • I : Hum hum.
- 330 • M : Justement, ceux qui ne veulent pas rentrer dans le réseau, c'est plus compliqué,
- 331 c'est plus long, hein.
- 332 • I : Ouais. (pause) Donc globalement, vous pensez gagner du temps, avec les patients
- 333 qui font euh, l'ERET ?
- 334 • M : Ah oui.
- 335 • I : Ouais.
- 336 • M : Oui, tout à fait, oui.
- 337 • I : D'accord. Est-ce que le patient, spontanément, lui, il vous en parle de, de son
- 338 passage à l'ERET ?
- 339 • M : Pas souvent. Pas souvent. Quand ils en parlent c'est en négatif. C'est : "ah mais,
- 340 j'ai pas pu aller à telle réunion, parce que, ces horaires là, ça ne correspond pas à mon
- 341 travail." C'est ça.
- 342 • I : Hum.
- 343 • M : Mais après, quand on les interroge, ils disent que c'est bien.
- 344 • I : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression de le proposer à plus de personnes
- 345 depuis que... depuis que vous avez commencé ?
- 346 • M : Euh, oui.... Moi, c'est un peu systématique, hein, je pense que j'ai été sensibilisé
- 347 dès le début, puisque j'ai été dans l'aventure.
- 348 • I : Hum.
- 349 • M : Donc, je le propose quasi systématiquement.
- 350 • I : D'accord.
- 351 • M : Là, là, ... Là on parle exclusivement du diabète hein.
- 352 • I : Oui.
- 353 • M : Parce que c'est aussi vrai pour l'obésité.
- 354 • I : Oui. Donc à chaque découverte de diabète, enfin, pas dès la première consult, mais
- 355 vous le proposez assez rapidement en fait.
- 356 • M : Ah oui oui oui. Je le propose systématiquement.
- 357 • I : D'accord.
- 358 • M : Pas, pas la première consult. C'est vrai, un diabète qu'on vient de découvrir, avec
- 359 une glycémie à 1,35, bon, avec une glyquée limite haute... On va peut-être pas
- 360 l'embêter avec ça quoi.
- 361 • I : Hum.
- 362 • M : Mais, j'ai l'habitude de, de leur dire que.... Dès la première consultation, que un
- 363 jour, ils seront sous insuline. Je leur explique un peu euh... Un petit peu la
- 364 physiopathologie du diabète de type 2.
- 365 • I : Hum hum.
- 366 • M : Euh... Parce que j'ai fait une formation sur le passage de l'insuline et je trouve que
- 367 c'est bien de faire comme ça. Ça reste marqué. Et, et je leur dis : "mais voilà, le jour où
- 368 ça sera plus compliqué, on a un réseau pour ça, mais pour l'instant ça va bien."
- 369 • I : Hum.

- 370 • M : Voilà. Mais c'est vrai que ça nous vient pas à l'idée, c'est un peu idiot de mettre ces  
371 gens-là chez qui on vient de découvrir un diabète, avec des gens qui ont déjà des  
372 complications, ça peut leur faire peur.
- 373 • I : Oui. Hum. D'accord. Justement tout à l'heure, vous parliez de l'hémoglobine glyquée,  
374 qu'est-ce que vous en pensez de ce marqueur ?
- 375 • M : Je crois qu'on en revient un peu, hein. (pause) Moi, je, je pense, enfin, d'ailleurs la  
376 sécu est revenue sur les ROSP avec une hémoglobine glyquée tous les trois mois, ça  
377 va changer ça.
- 378 • I : Ah bon.
- 379 • M : Oui. Mais c'était un petit peu idiot, parce que en fait, y'a des diabètes qui sont bien  
380 équilibrés et ça sert à rien de faire une hémoglobine glyquée tous les trois mois.
- 381 • I : Hum hum.
- 382 • M : Mais par contre, y'a des gens diabétiques qui sont très déséquilibrés et faudrait...  
383 Faudrait faire plus. Enfin plus... Pas plus, mais... Plus de suivi que tous les trois mois.  
384 Je sais pas si c'est un bon marqueur. Et puis je... J'ai un truc que je ne comprends  
385 toujours pas. C'est que on a des fois des complications précoces avec des  
386 hémoglobines glyquées qui sont pas si mal que ça.
- 387 • I : D'accord.
- 388 • M : Et j'ai des gens par contre, qui sont à 11, et qui n'ont toujours pas développé de  
389 complications. Donc, je ne sais pas ce qui les protège.
- 390 • I : D'accord.
- 391 • M : Ça, j'en ai discuté avec des diabéto, et ils me disent : "nous aussi on a ça, mais on  
392 comprend pas." Donc bon, c'est bien d'avoir ça hein. Mais ...
- 393 • I : D'accord. Globalement, vous, vous le percevez comment ce réseau ?
- 394 • M : Oh, ben euh... de façon très positive. Ça c'est sûr. C'est une aide précieuse.
- 395 • I : D'accord. Et ça vous aide en quoi, majoritairement ?
- 396 • M : (pause)
- 397 • I : Au quotidien ?
- 398 • M : Ben dans l'éducation thérapeutique, parce que c'est quelque chose qu'on a pas le  
399 temps de faire en consultation.
- 400 • I : D'accord.
- 401 • M : Donc, c'est vrai que... ça revient un peu aux questions que vous m'avez posé tout  
402 à l'heure, on peut revenir sur certains points.
- 403 • I : Hum.
- 404 • M : "Est-ce que ça, ça a été abordé avec l'ERET ?" "Oh, ben non", ou "j'ai pas bien  
405 compris", bon on reprend.
- 406 • I : D'accord.
- 407 • M : On délègue quoi.
- 408 • I : Oui. Vous avez l'impression que c'est important d'avoir plusieurs biais d'information  
409 pour le patient, en fait ?
- 410 • M : Oui, voilà c'est ça. Pour le passage à l'insuline, moi c'est quelque chose que je fais  
411 assez facilement, et des fois on a des réticences, et euh... donc généralement, je fais  
412 un accompagnement par l'infirmière, j'essaie de les rendre autonomes, et des fois, y'a  
413 des gens qui sont terrorisés quoi.
- 414 • I : Hum.
- 415 • M : Dans ce cas-là, y'a des sessions pour ça.
- 416 • I : D'accord.
- 417 • M : Avec des infirmières et des gens qui sont déjà sous insuline. Ça les rassure.
- 418 • I : Oui, c'est sûr que les gens ont peur à chaque fois de l'insuline.
- 419 • M : Ouais.
- 420 • I : Est-ce que vous avez l'impression que vous avez quelques questions plus  
421 complexes avec des patients qui deviennent, comme on l'entend, des patients experts  
422 ?

- 423 • M : Ça va venir ça. Ça va venir ça.
- 424 • I : D'accord.
- 425 • M : Pour l'instant, non, j'en ai pas trop. Dans le domaine du diabète, j'en ai pas trop,
- 426 mais ça va venir ça. Bon, tant mieux, ça nous pousse dans nos retranchements aussi
- 427 hein. Mais faut pas qu'il y en ait trop. (rires)
- 428 • I : Oui. (rires). D'accord. Est-ce que vous trouvez que la relation médecin patient
- 429 change ?
- 430 • M : Par rapport à quoi ?
- 431 • I : Avant et après ERET ?
- 432 • M : Avant et après ERET. Non
- 433 • I : Non ?
- 434 • M : Non, j'ai pas l'impression.
- 435 • I : Non. Vous n'avez pas l'impression que les patients sont plus à l'aise, ou moins à
- 436 l'aise ou... ?
- 437 • M : Non.
- 438 • I : Non. D'accord.
- 439 • M : Enfin, j'ai pas remarqué.
- 440 • I : D'accord. Et comme on disait tout à l'heure, le fait qu'il n'y ait plus une relation euh....
- 441 médecin unique euh... Médecin patient unique, et qu'il y ait plus d'intervenants, ça c'est
- 442 pareil, ça change pas euh... ?
- 443 • M : C'est peut-être mieux, parce que, je pense qu'ils sont plus détendus au cabinet,
- 444 c'est un face à face, euh, c'est ... Y'a un truc dont on peut parler. C'est, souvent...
- 445 J'essaie de lutter contre ça. C'est que autant, y'a des gens qui sont pas observants du
- 446 tout, et qui n'ont toujours pas compris ce que c'était l'hémoglobine glyquée et ça ça me
- 447 désole. Donc on va leur expliquer, expliquer, expliquer. Ceux-là, quand on les envoie
- 448 dans un réseau, c'est pas mieux, donc ça ce sont des indécutables.
- 449 • I : Hum.
- 450 • M : Quand on leur dit : "votre hémoglobine glyquée elle est encore moins bien
- 451 qu'avant". Ils disent : "quoi, qu'est-ce que vous me dites ?". Donc c'est, c'est .... ça fait
- 452 peur quand même hein.
- 453 • I : Ouais.
- 454 • M : Euh.... Et puis, y'a... Les obsessionnels aussi, alors ça ça m'énerve aussi. C'est le
- 455 bâton : "oh, vous allez m'engueuler mais mon hémoglobine glyquée elle est pas
- 456 bonne." Donc, ça avec les réseaux, ça aide un petit peu.
- 457 • I : D'accord.
- 458 • M : On n'est pas là pour, ... Voilà. Si elle est pas bonne, on ... On en parle. Souvent ils
- 459 arrivent et puis ils me disent : "vous avez vu mon résultat, docteur, vous avez vu mon
- 460 résultat ?" Alors, je leur dis : "le résultat je l'ai eu, mais, euh... D'abord comment vous
- 461 vous sentez, comment vous allez ?"
- 462 • I : Ouais.
- 463 • M : "On verra le résultat après." "Oui, mais il est pas bon". "Mais on verra après, ce que
- 464 vous en pensez, pourquoi, il est pas bon." Donc, ça, c'est vrai que ceux qui ne sont pas
- 465 dans le réseau ont tendance à raisonner un peu comme ça.
- 466 • I : D'accord. Hum. Oui, les autres l'ont peut-être mieux compris, et plus relativisés.
- 467 • M : Ouais.
- 468 • I : Ils se focalisent moins sur ce chiffre-là, peut-être, du coup ?
- 469 • M : Hum hum.
- 470 • I : D'accord. D'accord, ok. Et donc, du coup, pour vous, quelles seraient les choses à
- 471 faire pour améliorer la prise en charge avec ce réseau ?
- 472 • M : (Pause) Moi, globalement, je trouve que ça va pas mal, hein. J'ai pas de... j'ai pas
- 473 vraiment réfléchi à la question, mais... (pause) Ben si, c'est ce que je disais, mais ça
- 474 c'est impossible, c'est d'avoir plus de créneaux. Mais pour avoir plus de créneaux, il
- 475 faut plus de ... (fait le signe d'argent avec ses doigts), c'est ça, hein.

- 476 • I : Oui. Oui, vous, ce serait la chose euh...
- 477 • M : Oui mais ça ça un coût.
- 478 • I : D'accord. Mais sinon, à part ça, vous... vous pensez que ça fonctionne bien comme
- 479 ça ?
- 480 • M : Ah oui, oui.
- 481 • I : D'accord. (Pause). D'accord, ok. Quand vous reparliez tout à l'heure de faire des
- 482 retours euh... Un peu pour les patients. Vous pensez que ce serait bien de le mettre en
- 483 place, un peu de manière systématique, ou pas spécialement ?
- 484 • M : Non, pas spécialement non. Parce que c'est du cas par cas, un peu.
- 485 • I : D'accord.
- 486 • M : Mais, ça se fait, hein. C'est pas, c'est pas formel, mais ça se fait hein. Quand, on
- 487 voit que ça redérape complètement, il m'est arrivé de le faire, hein.
- 488 • I : D'accord. Et vous avez l'impression que c'est utile de les remettre dans ... ?
- 489 • M : ...Oh, oui oui. Parce que on est un peu déçu des fois au bout de deux ans, ils ont
- 490 tout oublié. Ils mangent n'importe quoi, leur bilan lipidique il monte au plafond. Les,
- 491 les... Les gens euh... C'est un petit peu, peut-être l'échec qu'on a dans notre réseau et
- 492 comme dans tout réseau...
- 493 • I : Hum.
- 494 • M : Le but, c'est de les rendre autonomes.
- 495 • I : Oui.
- 496 • M : L'éducation thérapeutique c'est quand même euh, de leur apprendre à vivre avec
- 497 leur maladie et puis de les relâcher dans la nature.
- 498 • I : Hum.
- 499 • M : Y'a des gens, malheureusement qui sont obligés d'être coaché sans arrêt.
- 500 • I : Ouais.
- 501 • M : C'est ...C'est comme quelqu'un qui a une béquille, si on le lâche c'est un peu...Ils
- 502 ont besoin de cette béquille. Ils ont besoin d'être coaché.
- 503 • I : Hum.
- 504 • M : Voilà. Mais, c'est vrai qu'on pourrait le proposer de manière systématique au bout
- 505 de 6 mois 1 an, sans l'obliger.
- 506 • I : Oui, voilà. Pour permettre de faire le point et de voir s'il y a besoin de faire des
- 507 rappels sur certaines notions.
- 508 • M : Oui voilà.
- 509 • I : D'accord. Ben écoutez, je vous remercie, je pense que j'ai à peu près tout ce dont il
- 510 me faut. Merci beaucoup.
- 511 • M : De rien.

- 1 ENTRETIEN N°10 : Femme de plus de 50 ans, installée dans un cabinet de groupe depuis  
2 1996, en secteur urbain. Elle a une formation en éducation thérapeutique sur la prise en  
3 charge de pathologie cancéreuse. Elle n'a pas d'implication universitaire.  
4
- 5 • I : Bonjour, donc je fais actuellement ma thèse sur le diabète de type 2 et sur la prise  
6 en charge à l'ERET.
  - 7 • M : D'accord.
  - 8 • I : Depuis combien de temps vous connaissez l'ERET ?
  - 9 • M : Ben ... Bonne question. Je sais pas, peut-être depuis... Je sais pas parce que avant  
10 y'avait un autre réseau, déjà des choses de ce type-là.
  - 11 • I : D'accord.
  - 12 • M : Donc autrement, euh.... Alors, vous dire depuis quand ?
  - 13 • I : D'accord. Vous adressiez déjà vos patients dans le réseau qui existait avant l'ERET  
14 ?
  - 15 • M : Oui.
  - 16 • I : D'accord. Vous adressez beaucoup de patients à ..., à ce réseau ou pas ?
  - 17 • M : Je sais pas, je sais pas le nombre, j'essaie d'en adresser, après tout le monde n'est  
18 pas forcément d'accord, tout le monde n'y va pas.
  - 19 • I : D'accord. Quel type de patient y va ?
  - 20 • M : J'avais commencé... J'ai commencé d'abord par les gens en surpoids. Je m'y  
21 attachais davantage aux gens en surpoids. Et puis, c'est peu à peu, que je me suis  
22 rendue compte que les diabétiques et que les gens en .... En risque cardiovasculaire,  
23 pouvaient y aller. Voilà.
  - 24 • I : D'accord. Et les diabétiques, vous proposez à quel type de diabétique de type 2 d'y  
25 aller ?
  - 26 • M : Ça peut être tous, mais il faut avouer que les patients diabétiques insulino  
27 dépendants véritables, euh.... J'en ai pas des quantités. Après, je peux en parler.  
28 Après, après ils font ce qu'ils veulent.
  - 29 • I : D'accord.
  - 30 • M : Et puis après éventuellement, ce sont des gens qui vont, qui peuvent avoir des  
31 diététiciens.
  - 32 • I : D'accord, et vous vous en servez pourquoi ? En quoi, c'est une aide ce réseau ?
  - 33 • M : Euh....C'est, c'est l'apprentissage d'une alimentation adéquate.
  - 34 • I : Hum.
  - 35 • M : Et puis, c'est la remise éventuellement en ... En activité.
  - 36 • I : D'accord. ok.
  - 37 • M : Mais, faut avouer, que dans ma tête, c'est quand même beaucoup de.... Euh....  
38 Comment dire, la connaissance de la diététique alimentaire. Pour toutes les pathologies  
39 d'ailleurs.
  - 40 • I : D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que pour les patients, ça les aide  
41 justement à comprendre toute cette part non médicamenteuse à la prise en charge ?
  - 42 • M : (Pause). Alors, euh... je suis en train de chercher, de chercher des exemples. Euh...  
43 j'en ai pour qui ça aide, et ça aide définitivement.
  - 44 • I : D'accord.
  - 45 • M : Euh.... J'en ai un certain nombre, euh, qui font des progrès quelques temps, et puis  
46 qui... et puis qui repartent...
  - 47 • I : D'accord. Ça s'estompe au fil du temps.
  - 48 • M : Je peux pas vous donner des chiffres.
  - 49 • I : Non, non. C'est pas des chiffres. C'est pas le but. D'accord. Ok.
  - 50 • M : L'observance ça a du mal à tenir.
  - 51 • I : Oui, y'en a qui ont du mal à faire une observance sur le long cours en fait ?

- 52 • M : Ben particulière.... Ben, faut avouer que les diabétiques sont quand même un petit  
53 peu difficiles à .... Mais bon, diabétiques de type 2, ils y sont pas par hasard. (Pause).  
54 A dire vrai, les meilleurs résultats intéressants observés, c'était chez les messieurs.  
55 • I : D'accord.  
56 • M : Plus que chez les dames. Qui répondaient franchement plus à .... Euh, aux conseils  
57 et, et à l'activité.  
58 • I : D'accord. Et quand vous dites qui répondaient plus, vous voyez aussi d'un point de  
59 vue clinique une amélioration ou pas ?  
60 • M : Sur le poids entre autres. Oui.  
61 • I : Hum. Sur le poids ?  
62 • M : Oui.  
63 • I : D'accord. Et au niveau de la biologie, tout ce qui est profil lipidique, hémoglobine  
64 glyquée ?  
65 • M : Ben, ça va avec.  
66 • I : Ça va avec. Vous, vous avez l'impression qu'il y a quand même une amélioration de  
67 l'hémoglobine glyquée, euh, chez les patients qui vont dans ce réseau ?  
68 • M : Quand, quand ils... Quand ils prennent en considération les éléments.... Faut  
69 avouer, je pense, je réfléchis là tout de suite, euh, nettement plus en termes de gens  
70 qui sont obèses, ou qui sont euh en facteur de risque cardio vasculaire. Mais c'est vrai  
71 que les diabétiques sont durs durs durs.  
72 • I : D'accord.  
73 • M : Ben, je sais pas votre impression.  
74 • I : Ben moi, je ne me suis pas intéressée aux autres pathologies, donc c'est vrai que  
75 c'est difficile pour moi de comparer.  
76 • M : Et puis, on a beau essayer de les sortir, de passer un petit peu, euh, de passer par  
77 tous les moyens, et euh.... ils sont durs, durs.  
78 • I : Est-ce que vous avez l'impression, que, une fois qu'ils sont rentrés dans ce réseau-  
79 là, ils adhèrent plus au parcours de soin, ou pas ?  
80 • M : (Pause) Hummmmmmmmm, bonne question. (pause). J'en ai un, qui est un .. Qui  
81 est un indéfectible.  
82 • I : Hum.  
83 • M : Qui de toute façon euh, et c'est un jeune. Donc euh, lui, euh, mais bon j'ai jamais  
84 réussi à le faire rentrer dans le réseau donc, euh.  
85 • I : Oui.  
86 • M : Mais ça c'est une chose, après les autres euh... Mais je crois, je crois qu'à partir du  
87 moment où ils ont, ils ont accepté de mettre les pieds dans le réseau, je pense que de  
88 toute façon, ils ont ... Ils ont déjà un peu plus envie de faire attention à leur santé.  
89 • I : D'accord. Oui, ils ont déjà accepté leur statut de maladie chronique.  
90 • M : Oui, ils ont déjà accepté... Oui.  
91 • I : D'accord.  
92 • M : Après les résultats, euh... Je suis en train de chercher aussi chez mes patients.  
93 Euh, une chose qui est dommage, qui manque un petit peu, euh... C'est en fait, le  
94 conjoint dans euh ....., dans euh... Dans euh.... La consultation. Parce que, euh.... on  
95 voit des messieurs, et ce sont les dames qui font la popote.  
96 • I : Hum.  
97 • M : Et en particulier, alors que ce soit dans la population euh ..... de souche française  
98 et de, et de la culture alimentaire française, et de, de souche étrangère. Souvent, quand  
99 c'est madame qui fait la popote, et que c'est un peu plus grasse, ou sucrée que la nôtre,  
100 et que c'est monsieur qui va, qui va en consultation. Euh, le message peut difficilement  
101 être véhiculé.  
102 • I : D'accord. Et les ateliers, c'est pas ouvert au... au conjoint ?  
103 • M : Euh... J'ai pas eu cette impression-là.

- 104 • I : D'accord. Parce que j'ai eu l'impression, mais peut-être pas, peut-être pas dans  
105 toutes les antennes, je ne sais pas. C'est peut-être différent, parce que je sais que dans  
106 certaines antennes, c'est ouvert, d'après les praticiens. Mais peut-être pas dans toutes  
107 les ...
- 108 • M : Euh, ben j'ai pas cette impression-là.
- 109 • I : D'accord, ok.
- 110 • M : Mais peut-être que j'ai raté la chose aussi.
- 111 • I : Je sais pas, faudrait que je vérifie aussi.
- 112 • M : En même temps, si j'ai raté la chose, ça veut dire que les patients n'emmèneraient  
113 pas non plus leur euh, ....Enfin ne seraient pas au courant non plus.
- 114 • I : Hum. Non, je reverrais ça ouais. D'accord. Est-ce que vous avez l'impression qu'au  
115 niveau psychique ça les aide, qu'ils ont une meilleure qualité de vie ?
- 116 • M : Pffff. Quand ils réussissent à perdre du poids et qu'ils réussissent à se remettre un  
117 petit peu à l'exercice, euh, ils apprécient.
- 118 • I : D'accord.
- 119 • M : Après, y'a pas photo. Ouais.
- 120 • I : D'accord.
- 121 • M : Euh, c'est euh... Alors euh... Là encore je suis en train de penser à quelqu'un en  
122 particulier, ça l'a métamorphosé. Enfin... Certains ont bien apprécié les activités,  
123 comme marche nordique et autre, et euh... Mais même si ils ont pas tous changé leur  
124 façon de s'alimenter, le fait de faire de l'activité, ils se sentent mieux oui.
- 125 • I : Hum.
- 126 • M : Donc, euh oui je pense qu'ils sont mieux psychologiquement. Même si je vous dis, qu'ils  
127 n'ont pas beaucoup changé leur façon de manger.
- 128 • I : Ouais. Ça a du mal à faire changer les habitudes alimentaires surtout, pour vous ?
- 129 • M : Les habitudes alimentaires et les propositions qui peuvent en découler, vis à vis de  
130 la famille et des amis.
- 131 • I : D'accord. Pour vous leurs fréquentations jouent sur l'échec de l'amélioration des  
132 règles hygiéno diététiques ?
- 133 • M : Oui, clairement. Si on lui apprend des choses, mais que tout le monde autour d'elle  
134 fait n'importe quoi, ça ne va pas marcher.
- 135 • I : D'accord. Et vous pensez qu'on peut faire quoi pour améliorer ça ?
- 136 • M : Comme je vous disais tout à l'heure, faire entrer le conjoint et même les proches à  
137 venir accompagner la personne diabétique aux ateliers, je pense que ce serait bien.  
138 Car en fait, les ateliers, sont valables pour tous. Les règles hygiéno diététiques, en fait  
139 sont applicables pour tout le monde même les non diabétiques. C'est de l'éducation à  
140 l'hygiène de vie en fait. Mais bon, en pratique, ça me paraît compliqué. (sourire)
- 141 • I : D'accord. (sourire) Et est-ce que vous avez remarqué si ils ont une meilleure  
142 autonomie de soins ?
- 143 • M : (Pause) Hummmmm. Hum hum hum. C'est à dire qu'ils se débrouillent par eux-  
144 mêmes dans la prise en charge ?
- 145 • I : Oui, c'est ça. Oui, dans leur dextro, dans leur traitement...
- 146 • M : Euh, je suis pas, je suis pas... Je sais pas si ça leur apporte plus. Oui, je pense. Je  
147 sais pas. Vous me posez une colle.
- 148 • I : D'accord. Est-ce que vous avez remarqué s'il y a une diminution des complications,  
149 une fois qu'ils sont pris en charge dans ce réseau ou pas spécialement ?
- 150 • M : Alors, là, je peux pas vous dire.
- 151 • I : D'accord.
- 152 • M : Ça c'est, c'est ... En fait, faudrait qu'il y ait des études pour voir.
- 153 • I : C'est vrai qu'il faudrait un peu plus long terme pour voir pour les complications. Mais  
154 les complications aiguës, comme les hypoglycémies, ou ce genre de choses ?
- 155 • M : Là par contre oui, ils savent mieux gérer leurs variations glycémiques.
- 156 • I : D'accord. Est-ce que eux-mêmes, ils vous en parlent spontanément du réseau ?

- 157 • M : (Hochement de tête pour dire non)
- 158 • I : Non ?
- 159 • M : C'est assez rarement le patient qui le propose.
- 160 • I : D'accord.
- 161 • M : C'est moi qui évoque les règles diététiques et je leur propose ce réseau, à ce moment-là, toujours.
- 162 • I : D'accord. Ok ; et eux-mêmes, ils se rendent compte que ça leur apporte quelque chose ou pas ?
- 163 • M : Euh, pour un certain nombre oui.
- 164 • I : Ouais.
- 165 • M : Là franchement, je pense que réellement c'est une bonne chose. La chose la plus difficile, la plus compliquée maintenant, la plus compliquée ? Euh.... Ce qui devient un frein, mais je pense que c'est pas un frein au départ, euh... Maintenant y'a une participation qui est demandée pour les activités physiques et ça c'est un frein.
- 166 • I : D'accord.
- 167 • M : Du coup, certains patients, qui faisaient une activité physique, arrêtent à cause de ça, alors qu'ils le disent eux-mêmes que ça leur apportait. Parce que bon, pour certains, ça commence à faire un petit beaucoup.
- 168 • I : D'accord. Oui, c'est sûr que ça peut être un frein pour certains patients.
- 169 • M : Pour certains, ouais.
- 170 • I : D'accord. Est-ce que les patients ont des attentes différentes une fois qu'ils ont été dans ce réseau ?
- 171 • M : (Pause). Je vois pas non.
- 172 • I : D'accord.
- 173 • M : J'ai, j'ai pas vraiment l'impression. J'ai pas vraiment cette impression-là.
- 174 • I : Vous en tout cas, ils ne vous posent pas plus de questions, ou des questions différentes ?
- 175 • M : Sur la diététique, ou sur la façon...sur le, sur le suivi ?
- 176 • I : Hum. En général.
- 177 • M : Euh, non. J'ai pas l'impression.
- 178 • I : D'accord, ok.
- 179 • M : Quand ils reviennent, ils sont en général à dire, que ça .... Que ça les a aidés à ... en général à perdre du poids de toute façon, euh...Et qu'ils se sentent mieux de ce fait là. Mais de là, à dire qu'ils sont contents parce qu'ils vont avoir moins de soucis avec leurs yeux, avec leurs jambes et autres euh... Euh, je suis pas sûre.
- 180 • I : D'accord. D'accord, ok. Est-ce que vous avez remarqué, si chez certains patients, ça donne euh, un effet anxiogène ?
- 181 • M : Non. Pas particulièrement.
- 182 • I : D'accord.
- 183 • M : Parce que vous avez eu cette impression-là.
- 184 • I : Non, dans la littérature ça ressort, mais euh, tous les médecins que j'ai interrogés, eux, le ressentent pas. Le fait de mieux connaître la maladie et de mieux connaître les complications, ils disent dans la littérature que ça peut entraîner de l'anxiété chez certains. Mais, moi, c'est jamais ressorti dans les entretiens.
- 185 • M : Moi j'ai pas l'impression non plus. Je les bassine déjà régulièrement avec les problèmes euh, les problèmes euh, les complications, donc euh ... (rires)
- 186 • I : Oui, ils sont déjà au courant (rires), d'accord. D'accord, ok. Est-ce que vous trouvez que les liens avec l'ERET sont bien faits ? Les petits comptes rendus ?
- 187 • M : Euh, .... Oui alors, y'a une chose, y'a une chose que je ne fais pas, c'est ...Quelque fois, l'ERET, l'ERET renvoie un formulaire à remplir, sur la façon dont ça s'est passé, et autres. Faudrait que je le fasse. Parce que c'est intéressant de manière globale, mais c'est des papiers supplémentaires et les papiers on en a déjà trop.
- 188 • I : Hum.
- 189
- 190
- 191
- 192
- 193
- 194
- 195
- 196
- 197
- 198
- 199
- 200
- 201
- 202
- 203
- 204
- 205
- 206
- 207
- 208
- 209

- 210 • M : Mais euh.... Mais autrement, moi, ce que j'apprécie c'est de savoir que mes patients  
 211 vont voir une diététicienne, vont participer à des ..., à des ateliers qui va permettre de  
 212 mettre à jour un petit plus euh... Les erreurs qu'ils peuvent faire.
- 213 • I : Hum. D'accord. Est-ce que vous utilisez le petit compte rendu qu'ils vous donnent  
 214 en disant ce qui a été acquis, ce qui n'a pas été acquis ? Est-ce que ça, vous vous en  
 215 ressentez dans les consultations ?
- 216 • M : Je ne suis pas sûre.
- 217 • I : D'accord.
- 218 • M : En l'état actuel des choses, ça peut euh... ça peut me donner une idée  
 219 éventuellement pour relancer un sujet, relancer une discussion un petit peu. Mais c'est  
 220 vrai que pour l'instant, j'ai pas... j'ai pas su, j'ai pas... J'ai pas repris dessus.
- 221 • I : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression de prescrire plus d'ERET au fil du temps  
 222 ou pas ?
- 223 • M : Ben, j'ai l'impression d'y penser un petit peu... un petit plus. Au début, c'était  
 224 franchement, je vous disais, c'est surtout les obèses, et puis après hop, j'ai glissé les  
 225 diabétiques et les cardiaques. Mais oui, je le prescris beaucoup plus qu'avant je pense.  
 226 Après est-ce que je réussis à y penser à chaque fois ? Je sais pas trop.
- 227 • I : D'accord.
- 228 • M : J'essaie en tout cas. J'ai l'impression d'y penser en tout cas plus...
- 229 • I : Plus souvent ?
- 230 • M : Oui, plus que ça n'a été. Mais après, on propose et y'en a qui n'y vont pas ou on  
 231 propose et y'en a qui arrêtent avant la fin
- 232 • I : Et y'en a beaucoup qui arrêtent avant la fin de la prise en charge ?
- 233 • M : Euh, je peux pas vous dire exactement. J'en ai un qui.... qui a dû assister à une  
 234 première consultation voire à une deuxième, mais pas plus.
- 235 • I : D'accord. Et il vous avait dit pourquoi il voulait arrêter ou pas ?
- 236 • M : Alors y'a certaines personnes qui n'apprécient pas trop le côté euh... enfin en tout  
 237 cas, cette personne là je pense, sans doute le côté collectif.
- 238 • I : Hum. Oui, ça peut être un frein chez certains.
- 239 • M : Oui. Mais autrement euh.... Ben non, je ne vois pas d'autre raison. En en  
 240 rediscutant, on en discute de temps en temps. Je ne vois pas d'autre frein. Si ce n'est  
 241 qu'ils ne veulent pas se prendre en charge....
- 242 • I : D'accord.
- 243 • M : Et si, je vous disais, la participation financière pour les activités physiques.
- 244 • I : D'accord. Ok, est-ce que vous avez l'impression, que certains patients changent leur  
 245 rôle et deviennent un peu les patients experts comme on entend parler ?
- 246 • M : Pas à ce point-là, non.
- 247 • I : D'accord.
- 248 • M : J'ai pas l'impression non. Je cherche mais non .... je n'ai pas d'exemple. C'est quoi  
 249 exactement leur rôle.
- 250 • I : Ben ils connaissent tellement leur maladie, qu'ils veulent faire de l'enseignement  
 251 dans les groupes ou dans les ateliers d'éducation thérapeutique. Ils apportent leur  
 252 témoignage en fait. Ils peuvent parfois euh... faire partie d'association ou... des choses  
 253 comme ça oui.
- 254 • M : Non, je vois pas.
- 255 • I : D'accord. Et est-ce que la relation entre vous et le patient change après cette prise  
 256 en charge là ?
- 257 • M : (pause) Je ne saurais pas dire. Ça...ça je ne saurais pas dire. Euh, euh.... Difficile,  
 258 difficile de dire.
- 259 • I : D'accord.
- 260 • M : De, de leur part euh..., je ne sais pas. De ma part (sourire), quelque fois ça  
 261 commence à être un petit peu lassant, quand on a essayé un petit peu toute sorte de  
 262 chose et que... Et que ça n'aboutit pas forcément. Et pour certains tout ce qui touche à

- 263 l'alimentation, donc euh... Bon, c'est pas d'une manière générale, hein, c'est ... Mais,  
 264 euh, pour certains, c'est un petit peu lassant, un petit peu déconcertant et du coup ....  
 265 Mais bon, je ne peux pas dire que ce soit le principal mais....
- 266 • I : Du coup, l'ERET vous aide à faire le relai c'est ça ?
  - 267 • M : Oui. C'est moins décourageant de ne pas être seule. Mais, comme je vous disais,  
 268 c'est pas le maximum, c'est pas la majorité.
  - 269 • I : D'accord. C'est pas la majorité, d'accord. Est-ce que vous avez remarqué si il y a  
 270 une amélioration de la communication, une fois qu'il a été à l'ERET ? (pause) Est-ce  
 271 qu'il vous pose plus de questions ? Est-ce qu'il se sent plus à l'aise ? Ou est-ce que ça  
 272 change rien ?
  - 273 • M : Ben euh.... je pense, je pense plutôt à ces gens euh, qui ont ...à ces quelques  
 274 personnes, je pense que c'est plutôt des messieurs, qui, sont contents, et qui sont plus  
 275 euh, dans le, ben dans le vécu agréable de leurs, euh, de leurs problèmes. Parce qu'ils  
 276 ont, parce qu'ils ont trouvé du bénéfique. Euh.... Alors après est-ce que ça change  
 277 quelque chose dans la relation, ben euh, quelque part, un petit peu parce que euh,  
 278 parce que quand ils viennent à la consultation, ils sont plus détendus de ce fait là.
  - 279 • I : Hum.
  - 280 • M : Euh, après euh, ben, je sais pas ... D'une manière globale, on discute donc euh...  
 281 Est-ce que ça change quelque chose, avant ou après ERET, avant ou après éducation  
 282 ? (Pause). Je sais pas.
  - 283 • I : Hum.
  - 284 • M : C'est pas facile vos questions (rires).
  - 285 • I : Je n'ai pas dit que c'était facile (rires). Oui, la communication ne change peut-être  
 286 pas, mais vous avez remarqué que pour ceux qui ont un effet bénéfique, ils ont plus  
 287 envie de venir et voilà... la consult est plus agréable.
  - 288 • M : Plus détendus, et voilà, ça se ressent dans la consultation.
  - 289 • I : D'accord. Ok. Eux, vous me disiez, ils abordent jamais spontanément leur passage  
 290 à l'ERET ?
  - 291 • M : Ces patients-là, ceux qui sont satisfaits, ça arrive, les autres non.
  - 292 • I : D'accord.
  - 293 • M : En général, je suis obligée de focaliser la discussion sur la diététique sur l'activité  
 294 physique pour qu'ils ... Pour qu'ils....
  - 295 • I : Pour qu'ils l'abordent.
  - 296 • M : Oui.
  - 297 • I : D'accord. D'accord. Est-ce que vous avez l'impression que c'est bénéfique de sortir  
 298 de la relation médecin patient unique et d'élargir les... d'élargir les intervenants ou pas  
 299 ?
  - 300 • M : Je pense que d'avoir la possibilité de confier l'éducation thérapeutique et l'activité  
 301 physique et la diététique à une diététicienne, oui, beaucoup, beaucoup. Là,  
 302 franchement, j'apprécie beaucoup, beaucoup. Euh, et puis que ce soit diététiciennes  
 303 ou ceux qui font les ateliers, ça nous aide, oui. Parce qu'on n'a pas le temps. Je pense  
 304 que je prends déjà suffisamment de temps dans une consultation, et euh ..., et de tout  
 305 reprendre euh, de long en large, de toute façon, c'est pas possible de faire ça. Et puis  
 306 on peut toujours pousser les gens un minimum. Mais euh, si y'a pas quelqu'un derrière  
 307 pour les pousser euh, ça ne marche pas.
  - 308 • I : Oui, pour vous, les patients ont besoin d'être coaché pour réussir ?
  - 309 • M : Oui. C'est ça. Et puis, ils sont qu'avec des gens comme eux, que ce soient les  
 310 diabétiques de type 2 ou les obèses, ils font une activité qu'avec des gens qui ont une  
 311 pathologie. Pas avec des gens normaux, qui ont plus de capacités.
  - 312 • I : Oui, vous voulez dire qu'ils ont une activité adaptée ?
  - 313 • M : Oui. Et qu'ils ne vont pas hésiter à se mettre en maillot de bain à la piscine s'ils  
 314 savent qu'ils sont avec d'autres personnes en surpoids, ce qui n'est pas le cas dans un  
 315 cours traditionnel d'aquagym.

- 316 • I : Hum. Vous pensez que le regard des autres est plus facile à accepter, car ils ne se  
317 sentent pas juger par leurs pairs ?
- 318 • M : Oui, c'est ça, euh... y'a pas de jugement. Ils se sentent plus soutenus, et moins  
319 seuls.
- 320 • I : Oui, c'est sûr que ça peut jouer. Et avez-vous vu s'il y a un effet au long cours ? S'ils  
321 continuent cette activité physique une fois qu'ils ont fini le programme ?
- 322 • M : Certains oui. Oui. Y'en a qui continuent et qui veulent continuer entre anciens de  
323 l'ERET.
- 324 • I : D'accord, ils se retrouvent toujours dans le même groupe.
- 325 • M : Y'a ceux qui arrêtent et y'a ceux qui continuent avec un petit groupe qu'ils ont formé.
- 326 • I : D'accord. Ça joue au niveau social aussi alors ? Ils créent des ...Amitiés, des...
- 327 • M : Oui. Ils se revoient, certains.
- 328 • I : D'accord.
- 329 • M : Ils se motivent mutuellement pour poursuivre.
- 330 • I : D'accord. Et... Et après la période active d'éducation, une fois que leur programme  
331 est terminé, est-ce qu'ils sont demandeurs d'y retourner pour faire des piqûres de  
332 rappel ?
- 333 • M : Euh, j'ai pas remarqué.
- 334 • I : D'accord. Pas spontanément en tout cas ?
- 335 • M : Non. Après c'est plutôt euh... C'est plutôt ben les activités physiques. Après, est-ce  
336 qu'ils ont envie... Est-ce qu'ils veulent continuer ? Après, ça me fait penser à un patient  
337 qui a fait le programme obésité et qui souhaite maintenant faire celui du diabète. Est-  
338 ce que c'est possible ça ?
- 339 • I : Oui. Je crois que oui.
- 340 • M : Après, je savais pas trop qu'on pouvait relancer la chose si besoin.
- 341 • I : Ben justement, y'a plusieurs médecins qui disent que c'est pas fait de manière  
342 générale, et que ce serait bien de le proposer aux patients de manière systématique.  
343 En théorie, c'est possible de le faire ; de refaire un diagnostic éducatif, pour reprendre  
344 des choses non acquises. Mais en pratique, ça se fait pas souvent, d'après les  
345 médecins que j'ai interrogés. Et certains souhaiteraient généraliser une ou deux  
346 séances de rappel, pour permettre de garder tout ça en tête et de ne pas relâcher les  
347 efforts au bout de six mois un an après la fin de l'ERET.
- 348 • M : Personnellement, je pensais que c'était un cycle, et puis que, et puis que, après on  
349 passait à autre chose. Mais c'est vrai que... C'est vrai que ça pourrait peut-être être  
350 bénéfique.
- 351 • I : Oui. Parce que y'a certains médecins qui disaient justement que de pouvoir refaire  
352 un point six mois, ou un an après, pour euh.... pour voir où ils en sont rendus, s'ils ont  
353 gardé leurs habitudes.
- 354 • M : Oui ça serait une bonne idée. Ça serait une bonne idée.
- 355 • I : D'accord. Et vous d'après vous, qu'est-ce qui faudrait faire pour améliorer le... le  
356 système ?
- 357 • M : Euh, ben là je vous disais euh, le ... La... la petite, la participation financière aux  
358 activités physiques. Pour certains, ça peut... ça peut être problématique.
- 359 • I : Oui.
- 360 • M : Et puis, et puis, il y a aussi le groupe. Mais des activités individuelles, faut avouer  
361 que dans ce cadre-là, c'est pas possible. Et puis, au final, c'est une force de pouvoir  
362 échanger avec les autres.
- 363 • I : Ceux qui y participent, sont plutôt pour que ça reste des activités de groupe. C'est  
364 ce qui ressort en tout cas. En général, ils ont peur de ça, au début, mais ça les aide  
365 d'être en groupe, et de rencontrer d'autres personnes qui ont la même pathologie.
- 366 • M : Oui, ça ce n'est pas la majorité.
- 367 • I : D'accord. Donc pour vous, ce serait plus la part financière à revoir.
- 368 • M : Oui, en priorité.

- 369 • I : D'accord. Ok, merci beaucoup.
- 370 • M : De rien. Je sais pas ce qui ressort de votre étude. Les médecins sont satisfaits en
- 371 général de l'ERET ?
- 372 • I : Oui, dans la grande majorité oui. Après, il y a une antenne, qui n'a pas l'air de bien
- 373 fonctionner, mais sinon tous les autres sont satisfaits.
- 374 • M : Oui, franchement c'est une aide pour le patient, mais surtout pour nous. Je sais pas
- 375 ce qui ressort dans les autres ; mais c'est parfois décourageant de faire de l'éducation
- 376 diététique chez les diabétiques et chez les obèses aussi. Franchement, c'est
- 377 décourageant et ça c'est une bonne soupape. Quand on voit, qu'on peut plus... Ils
- 378 peuvent être très gentils, hein, dans la façon, ... Dans la mauvaise foi (rires)
- 379 • I : (rires)
- 380 • M : Mais au quotidien, ça n'empêche que... C'est difficile. Il est convaincu de.... Qu'il
- 381 fait bien, ... à sa façon de "manger normalement" (fait des guillemets avec ses mains).
- 382 Sauf que sa façon de manger normalement n'est pas la normale de celui d'à côté, et
- 383 n'est pas la norme. Et ça, c'est très difficile à changer.
- 384 • I : Oui, c'est sûr, la remise en question n'est pas toujours facile à .... à faire.
- 385 • M : Hum. Et puis franchement, toutes les habitudes sont à revoir, et les habitudes de
- 386 tout l'entourage aussi. Du conjoint, des enfants...
- 387 • I : Oui que l'entourage puisse en bénéficier aussi.
- 388 • M : Oui parce que vous avez quelqu'un qui essaie de manger diététique, alors que
- 389 d'autres, euh, se bourrent de frites ou de coca euh....
- 390 • I : Oui, c'est sûr.
- 391 • M : De mayonnaise ou de ketchup. C'est sûr que ça ne peut pas marcher.
- 392 • I : Oui, c'est sûr que c'est de la prévention pour les autres ; pour éviter de développer
- 393 les mêmes pathologies que leur entourage.
- 394 • M : Oui complètement, oui. Oui complètement.
- 395 • I : D'accord. Ben, je vous remercie.
- 396 • M : Ben, j'espère que ça peut vous aider.
- 397 • I : Ah oui. Oui, oui.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LE GALL MILCENT Charlotte

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Perception des médecins généralistes bas normand du passage de leurs patients diabétiques de type 2 à l'espace régional d'éducation thérapeutique (ERET)

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

**INTRODUCTION :** L'importance et l'efficacité de l'éducation thérapeutique (ETP) dans la prise en charge du diabète de type 2 n'est plus à démontrer. Les médecins généralistes reconnaissent la pertinence de l'ETP pour leurs patients. Face aux difficultés à réaliser en cabinet cette ETP, les praticiens adressent leurs patients dans des réseaux de santé dédiés. Nous avons voulu évaluer la perception des médecins traitants adressant leurs patients aux réseaux d'ETP ambulatoires suite à leur passage dans ces réseaux. **METHODE :** Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi dirigés auprès d'un échantillon diversifié de généralistes bas normands, ayant adressé leurs patients diabétiques de type 2 à l'espace régional d'éducation thérapeutique (ERET). **RESULTATS :** La plupart des généralistes perçoit positivement ce passage à l'ERET, que ce soit pour leurs patients ou dans leur pratique. Cette reconnaissance est variable selon la formation et les convictions personnelles des médecins pour l'ETP. La majorité voit aussi en l'ERET un soutien extérieur face à la lassitude engendrée par l'ETP réalisée seul au cabinet. Ils attendent de l'ERET une aide pour que leurs patients intègrent l'importance de la démedicalisation dans la prise en charge du diabète. Tous les médecins espèrent également que leurs patients deviennent acteurs dans leur prise en charge. **CONCLUSION :** L'émergence des structures de l'ETP favorise une évolution de la relation médecin malade, et du rôle du médecin. Cela accompagne le changement du modèle paternaliste de la relation médecin malade vers un modèle plus partenarial, où le patient agit directement dans sa prise en charge.

**MOTS-CLÉS :** diabète de type 2 ; éducation thérapeutique ; perception des médecins généralistes ; réseau de santé ; étude qualitative ; conséquence patient éduqué

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Perception of general practitioners in western normandy from the transition of their type 2 diabetic patients to the regional structure of therapeutic education

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Needless to demonstrate the huge value and the efficiency of Therapeutic Patient Education (TPE) and especially in Type 2 Diabetes's management. General Practitioner (GP) recognize TPE's relevance for their patients. Faced to the difficulty to run TPE by themselves in their medical office, health practitioners ask help to dedicated health networks who will take care of their patients. We wanted to evaluate what is the perception of GP when their patients come back from a period of following and learning in these health networks. A qualitative study was leaded, we managed semi-directed individual interviews over a diversified sample of general practitioners from Basse Normandie. These GP recommended their type 2 diabetic patients to the Therapeutic Education Regional Area (ERET). Most of GP perceive positively this health time spent in the ERET, whether for the benefit for their patients or in their practice. This recognition varies, it depends on the skills and the personal beliefs of GP in TPE impact. The majority also sees in the ERET an external support well appreciated in regard of the the weariness engendered by the TPE run by themselves and alone in their medical office. They are waiting for the ERET to help their patients to integrate the importance of medicalization reduction in the management of diabetes. All doctors also hope that their patients become actors in their care. The emergence of TPE structures promotes an evolution in the doctor-patient relationship, and the role of the doctor. It makes in evidence the move from the paternalistic model of the sick doctor relationship to a more partnership model, where the patient acts directly on his care.

**KEY WORD :** type 2 diabetes ; therapeutic education ; perception of general practitioner (GP), health network ; qualitative study ; patient consequence educate