



HAL
open science

Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 de la maison de santé pluriprofessionnelle de Leuc (11) : quelles sont leurs attentes ?

Bastien Coco

► To cite this version:

Bastien Coco. Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 de la maison de santé pluriprofessionnelle de Leuc (11) : quelles sont leurs attentes?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02957379

HAL Id: dumas-02957379

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02957379>

Submitted on 5 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Bastien COCO

le 03 mai 2018

TITRE

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2
DE LA MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE DE LEUC (11) :
QUELLES SONT LEURS ATTENTES ?**

Directeur de thèse : Dr Solène MASSON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Monsieur le Docteur Bernard CLARY

Madame le Docteur Solène MASSON

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORD Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle

MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique-addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre-Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Michel AMOUYAL**, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, et merci pour votre pédagogie et votre investissement au sein du département de médecine générale.

Au **Docteur Béatrice LOGNOS**, merci de l'intérêt que vous portez à ce sujet et merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

Au **Docteur Bernard CLARY**, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Au **Docteur Solène MASSON**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je suis ravi que, pour ta première direction de thèse, tu aies choisi la mienne.

A Héloïse, Solène et Eric, difficile voire impossible pour moi de vous faire des remerciements séparément. Je vous remercie de m'avoir si bien accueilli dès le début lors de mes stages d'interne puis en tant que remplaçant. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir inculqué une philosophie de pratique de la médecine qui me semble idéale. Je suis fier et heureux d'être votre futur collègue et surtout votre ami. Vous êtes pour moi une seconde famille qui m'apporte tant dans ma vie professionnelle que dans ma vie personnelle. Je suis impatient de passer les 35 prochaines années au moins à vos côtés dans notre superbe MSP (oui oui même toi Eric). Remerciement spécial à Héloïse pour nous avoir trouvé une maison et une super nounou.

A mes parents, merci pour ce que vous êtes et pour tout ce que vous avez fait pour nous. Vous êtes mon modèle de vie, ma référence. Je vous remercie pour l'éducation et les valeurs que vous nous avez transmises. Merci de m'avoir permis de faire des études et d'avoir toujours été à mes côtés dans les bons et les mauvais moments. Merci également d'être des grands-parents parfaits malgré la distance. Maman merci pour ton aide précieuse dans cette thèse. Je vous aime fort.

A mon frère, merci d'être toujours aussi présent même avec la distance. Je suis fier de ton parcours et de la vie que vous menez avec Sarah. Je suis le plus heureux et le plus fier des grands frères.

A mes grands parents, votre présence compte énormément pour moi, je vous aime.

A ma choupi, merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton amour et ta bienveillance. Sans toi tout ceci n'aurait pas de sens. Je t'aime. **A Lou**, ma merveille, mon bébé, merci de me rendre encore plus heureux chaque jour. Merci à vous deux (bientôt trois...), vous faites de moi un homme et un père heureux et vous m'apportez plus de bonheur que je n'aurai jamais imaginé. Vous êtes ma raison de vivre. Je vous aime.

A mamie Dédé et mamie Véro, merci pour votre aide et votre soutien. Merci de prendre autant soin de notre famille. Vous êtes des mamies géniales.

A mes amis et collègues de la MSP de Leuc, Sylvie, Marie, Sophie, Stéphane, Mounette et Marie, merci pour votre accueil au sein de la MSP et merci pour votre gentillesse au quotidien. C'est un bonheur de travailler avec vous.

A Bettina, un remerciement tout particulier pour toi, pour ton amitié, ta gentillesse, ton courage (il en faut pour faire ce que tu fais), ton dynamisme, ton professionnalisme et surtout pour ta patience. Ne change rien tu es parfaite.

A mes meilleurs amis, Marion et Clément, merci pour votre soutien et votre amitié sans faille. Merci pour tous ces moments passés ensemble et pour tous ceux à venir. Les prochaines décennies à vos côtés me réjouissent d'avance. J'ai hâte!

A tous mes amis, Joel, Thibaut, Sophie, Mathieu, Céline (super nounou), Olivier, Mélanie, Dimitri, Miléna, Albin, Camille... De superbes amitiés...

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	18
INTRODUCTION	20
1. LA MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE (MSP) DE LEUC	20
1.1. Diagnostic territorial sur le bassin de santé	20
1.2. L'offre de soins libérale actuelle	20
1.3. La création de la MSP de Leuc	21
1.4. Composition de la MSP de Leuc	21
1.5. Le projet de santé de la MSP de Leuc	22
2. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	23
2.1. Définition	23
2.2. Historique en France	24
2.3. Intérêt de l'ETP dans la prise en charge du diabète	26
2.4. L'ETP à Leuc	27
3. LE DIABÈTE, N°1 DES MALADIES CHRONIQUES	29
3.1. Au niveau mondial	29
3.2. Au niveau national	29
3.3. Au niveau régional	30
4. LE DIABÈTE DE TYPE 2, UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE	31
4.1. Définition et physiopathologie	31
4.2. Complications	32
4.3. Prise en charge du diabète de type 2	33
4.3.1. <i>Prise en charge non médicamenteuse</i>	34
4.3.2. <i>Prise en charge médicamenteuse</i>	34
MATÉRIEL ET MÉTHODE	36
1. QUESTION ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE / OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	36
2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	36
3. TYPE D'ÉTUDE	36
4. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	37
5. QUESTIONNAIRE DE DONNÉES QUANTITATIVES	37
6. GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF	38

7. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS	39
7.1. Organisation	39
7.2. Enregistrement vocal	39
7.3. Animation des entretiens	39
8. MODALITÉS D'ANALYSE	39
8.1. Retranscription des données	39
8.2. Analyse du contenu	40
RESULTATS	41
1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE	41
2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	42
2.1. Le diabète, une maladie perçue de différentes manières	42
2.1.1. <i>En fonction du stade d'acceptation de la maladie</i>	42
2.1.2. <i>En fonction du vécu médical du patient</i>	45
2.2. Le diabète au quotidien	48
2.2.1. <i>Les principales difficultés rencontrées</i>	48
2.2.1.1. Gérer son alimentation	48
2.2.1.2. Maintenir une activité physique régulière	50
2.2.1.3. Gérer le traitement par insuline	50
2.2.1.4. Gérer les complications du diabète	51
2.2.1.5. L'impact du diabète sur la vie sociale du patient	51
2.2.2. <i>Le ressenti des patients au quotidien</i>	52
2.3. Les craintes liées au diabète	56
2.3.1. <i>L'évolution de la maladie</i>	56
2.3.2. <i>Le passage à l'insulinothérapie</i>	56
2.3.3. <i>L'apparition de complications</i>	58
2.4. Les patients ont-ils besoin de plus de connaissances ?	61
2.4.1. <i>Oui, pour la plupart des patients interrogés</i>	61
2.4.2. <i>Non, pour certains patients interrogés</i>	64
2.5. Des avis partagés sur l'ETP à Leuc	67
2.5.1. <i>La moitié des patients est intéressée</i>	67
2.5.2. <i>L'autre moitié des patients n'est pas intéressée</i>	68

DISCUSSION	71
1. DU CHOIX DE LA MÉTHODE	71
1.1. Méthode qualitative versus quantitative	71
1.2. Choix des entretiens semi-dirigés individuels	71
2. FORCES DE L'ÉTUDE	72
3. BIAIS DE L'ÉTUDE	73
3.1. Biais de recrutement	73
3.2. Biais d'investigation (ou d'intervention)	73
3.3. Biais d'interprétation (ou d'analyse)	73
4. DISCUSSION DES RÉSULTATS	74
4.1. Paradoxe entre difficultés exprimées et le ressenti au quotidien	74
4.2. Un besoin d'information et de connaissances globalement important	75
4.3. Un accueil mitigé de l'éducation thérapeutique à Leuc	77
4.4. Comment expliquer cet accueil mitigé de l'ETP à Leuc ?	79
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXE : ALGORYTHME THÉRAPEUTIQUE : DIABÈTE DE TYPE 2	86
ANNEXE : OBJECTIFS GLYCÉMIQUES SELON LE PROFIL DU PATIENT	87
ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN	88
ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE DONNÉES QUANTITATIVES	89
ANNEXE : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS	90
ANNEXE : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS (SUITE)	91
SERMENT	92
PERMIS D'IMPRIMER	93

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ADA :	American Diabetes Association
ADO :	Antidiabétiques Oraux
ALD :	Affection Longue Durée
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASALEE :	Action de Santé Libérale En Equipe
BDSP :	Banque de Données en Santé Publique
CRGE :	Collège Régional des Généralistes Enseignants
ENTRED :	Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
ETP :	Education Thérapeutique du Patient
ET :	Education Thérapeutique
FR :	Facteur de Risque
HAS :	Haute Autorité de Santé
HbA1c :	Hémoglobine glycosylée
HTA :	Hypertension Artérielle
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IREPS :	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
INVS :	Institut National de Veille Sanitaire
Loi HPST :	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
MSP :	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SFSP :	Société Française de Santé Publique
SUDOC :	Système Universitaire de Documentation
WHO :	World Health Organization

AVANT-PROPOS

Du fait de l'augmentation importante des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète de type 2, la prise en charge thérapeutique individuelle classique n'est plus possible et nécessite de déléguer des compétences au patient, afin qu'il devienne acteur de sa maladie.

C'est dans ce but que l'éducation thérapeutique des patients (ETP) est devenue, ces dernières années, une priorité dans la mesure où elle est reconnue comme efficace dans la prise en charge des maladies chroniques.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), grâce à un travail collaboratif des différents acteurs de santé y exerçant, sont devenues des lieux propices à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique. Cependant, l'élaboration d'un tel projet au sein d'une MSP n'est pas aisée et nécessite un investissement important de tous les professionnels de santé à l'initiative de ce projet.

C'est dans ce contexte de mise en place d'un projet d'ETP au sein de la MSP de Leuc, et en voyant le dynamisme et l'investissement de chacun des membres de la MSP, que plusieurs questions me sont apparues : les patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc ont-ils réellement besoin de ce projet ? Quelles sont leurs attentes concernant leur pathologie ? Et seront-ils vraiment réceptifs à l'éducation thérapeutique ?

C'est à ce moment que l'idée d'un travail visant à identifier et recueillir les besoins des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc ainsi que leurs avis concernant la mise en place de ce programme d'ETP m'est venue.

Ce travail de thèse se situe donc en amont de la mise en place de ce programme d'ETP. Il aidera, j'espère, à adapter le contenu de ce programme aux besoins réels des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc.

Nous nous attacherons, dans une première partie introductive, à présenter tout d'abord la MSP de Leuc, puis à rappeler la définition et les grandes lignes de l'histoire de l'éducation thérapeutique en France ainsi que son intérêt dans la prise en charge du diabète et enfin à définir ce qu'est le diabète et son impact en terme de santé publique.

Nous détaillerons, dans une deuxième partie, l'étude qualitative par entretien individuel que nous avons réalisée afin de recueillir les différentes attentes et besoins des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc.

Nous discuterons des résultats dans une dernière partie.

INTRODUCTION

1. LA MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE DE LEUC

1.1. Diagnostic territorial sur le bassin de santé

Leuc est un village de l'Aude de 700 habitants, situé à 8 km au sud de Carcassonne, qui possède de multiples commerces également utiles aux communes avoisinantes (épicerie, boulangerie, pharmacie, artisans, bureau de poste et salon de coiffure).

C'est au sein de ce petit village que se situe la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Leuc, seule MSP située dans un rayon de 35 km autour de Carcassonne.

Son secteur d'activité s'étend sur des communes rurales avoisinantes, dont certaines sont montagnardes, dans un rayon de 20 km. Ce secteur compte plus de 5000 habitants, dont près de 21 % sont âgés de plus de 65 ans.

Avec une croissance démographique de 30 %, le département de l'Aude devrait compter 100 000 habitants supplémentaires en 2040, soit 454 000 habitants. De plus, un grand nombre de retraités, en provenance de Haute-Garonne et de l'Hérault, viennent s'y installer. Tout ceci entraîne le vieillissement de la population audoise dont la part des plus de soixante ans devrait atteindre 38 % en 2040 (source INSEE).

L'augmentation de cette population, mais surtout son vieillissement, permet aujourd'hui de prévoir une augmentation progressive de la demande de soins.

1.2. L'offre de soins libérale actuelle

Selon un rapport récent du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la densité médicale du Languedoc Roussillon est amenée à diminuer de 8 % d'ici 2030 tandis que sa population est amenée à croître de 30 % dans le même temps.

Dans le secteur de Leuc (rayon de 25 km entre Carcassonne et Limoux), il ne reste que 5 médecins en activité dont 3 au sein de la MSP de Leuc. Parmi ces 5 médecins, 3 ont plus de 60 ans.

Ainsi, d'ici 5 ans, avec les départs à la retraite de ces 3 médecins il ne restera que 2 médecins en activité exerçant au sein de la MSP de Leuc, ce qui entrainera une diminution certaine de l'offre de soins.

A cela doit s'ajouter la problématique des départs en retraite des médecins généralistes de Carcassonne et Limoux qui ne sont pas remplacés et dont la patientèle se dirige logiquement vers les cabinets des alentours dont celui de Leuc.

1.3. La création de la MSP de Leuc

Dans ce contexte et du fait de la non conformité de l'ancien cabinet médical de Leuc, le projet de construction d'une MSP était devenu indispensable pour maintenir une offre de soin dans ce bassin de population progressivement croissant, en attirant les jeunes médecins et autres professionnels de santé afin qu'ils s'y installent.

Cette MSP a été inaugurée en mai 2016 après plus de 9 mois de travaux et 6 ans après le début du projet.

1.4. Composition de la MSP de Leuc

Actuellement la MSP est composée de :

- 3 médecins généralistes
- 4 IDE répartis en 2 cabinets infirmiers, dont 1 IDE ASALEE
- 1 sage-femme
- 1 podologue
- 1 diététicienne
- 1 orthophoniste
- 1 psychologue
- 1 acupuntrice
- 1 secrétaire (également éducatrice en Activité Physique Adaptée)

Les médecins généralistes de la MSP sont également maîtres de stage et accueillent des internes de 1^{er} niveau et SASPAS.

Après avoir effectué mes deux stages de médecine générale en tant qu'interne ainsi que plusieurs remplacements au sein de la MSP, je souhaite rejoindre la structure et m'engager dans ce projet pour pallier le départ en retraite d'un des médecins.

Le cabinet de kinésithérapeute et la pharmacie de Leuc travaillent également en étroite collaboration avec la MSP bien qu'ils ne puissent pas, pour l'instant, être localisés sur le même site.

1.5. Le projet de santé de la MSP de Leuc

Une maison de santé regroupant des professionnels de santé médicaux et paramédicaux impose d'avoir une vision commune d'un accès à la santé de qualité, d'où la nécessité d'un projet de santé.

Dans le cadre de ce projet de santé, a commencé à germer l'idée de faire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en lien avec les missions de prévention et d'éducation.

En effet, la proximité et le partage d'information entre les différents professionnels de la MSP permettent une meilleure prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques en favorisant une coordination des actions thérapeutiques et préventives.

Du fait de sa pluriprofessionnalité et dans le cadre de son projet de santé, la MSP de Leuc était l'endroit idéal pour mettre en place de l'ETP.

Dans la deuxième partie de l'introduction, après avoir rappelé ce qu'est l'éducation thérapeutique ainsi que son évolution en France, nous montrerons, par le biais d'une revue de littérature, en quoi elle est nécessaire et efficace dans la prise en charge du diabète.

2. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

2.1. Définition

L'OMS propose une définition de l'ETP ⁽¹⁾ :

« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »

L'éducation thérapeutique satisfait à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie) ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications). Elle se distingue de l'éducation sanitaire qui concerne la prévention primaire d'une population non malade à l'égard de l'apparition d'une pathologie.

Elle comporte un ensemble d'actions proposées aux patients porteurs d'une maladie chronique afin d'améliorer leur qualité de vie tout en limitant l'impact de la maladie sur leur santé.

Ce processus vise notamment à :

- déterminer les besoins des patients et identifier avec eux les compétences qu'ils peuvent mobiliser ou acquérir progressivement ;
- mettre en œuvre des actions éducatives coordonnées dont le champ peut être très large, allant de la simple information au soutien psychologique, en passant par de l'apprentissage collectif sous forme d'ateliers ;
- évaluer régulièrement l'impact des actions menées.

Selon le Pr Gagnayre ⁽²⁾ : « C'est un véritable transfert planifié et organisé de compétences du soignant vers le patient qui s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à la responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins ».

L'éducation thérapeutique et le soutien psychosocial sont devenus incontournables. Ils sont nécessaires à la motivation et à l'acquisition, par le patient, de connaissances, de compétences et d'attitudes appropriées pour faire face à la maladie.

2.2. Historique en France

L'ETP se développe progressivement en France depuis plus de 35 ans. Sa pratique s'est répandue plus ou moins rapidement à l'hôpital, dans les réseaux de soins et en libéral. Parallèlement, les divers instances et acteurs du système de santé français et européen ont tenté d'encadrer cette pratique en l'inscrivant dans des textes de nature politique, législative ou réglementaire.

- Periode 1978-1997

Cette période correspond aux prémices de l'éducation du patient en Europe. Plusieurs textes d'importance sont publiés sur l'information et le droit des patients, ainsi que des chartes et déclarations fondamentales en promotion de la santé. Nous nous situons dans un contexte de reconnaissance des droits des malades et de leur capacité à prendre des décisions concernant leur santé. On assiste également à la prise de conscience du caractère plurifactoriel des déterminants de santé (Charte d'Ottawa, 1986 ⁽³⁾).

- Période 1998-2006

L'éducation du patient, définie par l'OMS en 1998 comme « éducation thérapeutique du patient », est une proposition pour relever l'ensemble des défis posés par les maladies chroniques en améliorant la qualité de vie des patients et en diminuant les coûts globaux des maladies.

Les différents ministères en charge de la santé élaborent des rapports et des propositions visant à encourager les expérimentations de démarches de prévention, y compris en milieu hospitalier, et d'éducation thérapeutique. Les maladies telles que le diabète ou l'asthme sont fréquemment ciblées mais on constate une attention portée à toutes les maladies chroniques dans l'élaboration de nombreux textes de planification sanitaire.

- Période 2007-2009

Pendant cette courte période, on assiste à une légitimation de l'éducation thérapeutique du patient en France et à une reconnaissance de cette pratique par les acteurs du système de santé.

Le texte fondamental, qui représente l'acte de reconnaissance officielle de l'éducation thérapeutique en France, est la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST), adoptée en mars 2009 ⁽⁴⁾.

De nombreux écrits ont permis de définir et structurer le contenu de cette loi : Guide HAS/INPES : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ⁽⁵⁾, rapport de l'HAS sur l'analyse économique et organisationnelle de l'ETP ⁽⁶⁾, rapport de C. Saout ⁽⁷⁾, recommandations pour le développement de programmes d'ETP en France de F. Bourdillon ⁽⁸⁾.

- Période 2010-2017

A partir de 2010, nous entrons dans une période de pérennisation de l'éducation thérapeutique avec les décrets d'application de la Loi HPST, les arrêtés afférents et le manuel de certification des établissements de santé (manuel V2010 de certification des établissements de santé qui établit l'éducation thérapeutique du patient comme l'un des critères de certification ⁽⁹⁾).

De nombreux rapports, recommandations et référentiels viennent préciser ce que sont ou ce que devraient être les activités d'éducation du patient, notamment le rapport Jacquat de 2010 ⁽¹⁰⁾.

La HAS et l'INPES fournissent plusieurs documents de référence : aide au remplissage des dossiers de demande d'autorisation de programmes, guides pour l'évaluation annuelle puis quadriennale des programmes, référentiels de compétences pour la pratique et la coordination de l'ETP ⁽¹¹⁾.

Cet encadrement strict des programmes ne doit pas faire oublier qu'il est toujours possible d'éduquer les patients hors d'un programme formel et déposé d'ETP.

2.3. Intérêt de l'ETP dans la prise en charge du diabète

L'étude de l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique (ET) sur le contrôle glycémique chez le patient diabétique a donné lieu à de nombreux travaux dans le monde. Les résultats de différentes méta-analyses mettent en évidence une amélioration significative de l'équilibre glycémique chez les patients ayant bénéficié de ces programmes.

Les deux types d'éducation thérapeutique, individuelle ou collective, semblent tout aussi efficaces pour l'acquisition de meilleures connaissances sur la maladie ou de compétences dans la gestion du diabète et sur l'amélioration de la surcharge pondérale ou de l'HbA1c (étude Rickheim et al. de 2002) ⁽¹²⁾.

La méta-analyse de la Cochrane Collaboration ⁽¹³⁾ (méta-analyse concernant les études publiées jusqu'en février 2003 et évaluant l'impact de l'ET sur au moins 6 mois) permet de conclure à une amélioration significative du taux d'HbA1c après ET.

Les questionnaires de connaissance, évaluant l'acquisition de connaissance cognitive, sont toujours significativement améliorés après ET.

La qualité de vie a été très peu étudiée. Le plus souvent elle est retrouvée maintenue, seule l'équipe de Trento met en évidence une amélioration de celle-ci après ET en groupe ⁽¹⁴⁾.

Depuis la méta-analyse de la Cochrane Collaboration, de nouvelles études ont été publiées (étude Sarkadi et al. de 2004 ⁽¹⁵⁾ et étude Ko et al. de 2007 ⁽¹⁶⁾). Elles confirment toutes le bénéfice de l'ET en termes d'amélioration du contrôle glycémique.

L'étude ENTRED 2007-2010 ⁽¹⁷⁾ (« Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques »), promue et financée par l'INVS, avait pour objectif d'approfondir les connaissances sur l'état de santé des personnes diabétiques en France, leur prise en charge médicale, leur qualité de vie, les besoins en démarche éducative et le coût du diabète.

Le rapport concernant l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques dans le cadre de cette étude ENTRED 2007-2010 montre que près des trois quarts des personnes diabétiques ayant bénéficié d'entretiens et/ou de séances

éducatives collectives estiment, d'une part, que ces entretiens ou séances ont répondu à leurs attentes et, d'autre part, que ces entretiens ou séances les ont aidés à mieux vivre avec leur diabète.

En 2008, en Languedoc-Roussillon a été élaboré un programme expérimental d'éducation thérapeutique intitulé EDUTHEP'LR ⁽¹⁸⁾, porté par le CRGE Languedoc-Roussillon et l'IREPS Languedoc-Roussillon (anciennement Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon). Cette expérimentation a porté sur 3 pathologies dont le diabète.

L'impact d'EDUTHEP'LR a été évalué en février 2010 et montre une efficacité de ce programme concernant le développement des connaissances des patients concernés (notamment dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique).

2.4. L'ETP à Leuc

La mise en place d'un programme d'ETP à Leuc a été initiée par le Dr GORIN DE PONSAY Eric (médecin généraliste de la MSP de Leuc) et Mme JEAN-ESSEYRIC Sophie (diététicienne au sein de la MSP de Leuc), tous deux diplômés universitaires d'éducation thérapeutique.

En 2012, dans le cadre de sa thèse, le Dr SOUBAYA réalisait une recherche-action dont l'objectif était « d'identifier les facteurs favorisant la mise en place et la pérennisation de l'ETP à Leuc et d'évaluer l'implication de chaque professionnel de santé au sein de ce projet ». ⁽¹⁹⁾

Les résultats montraient une motivation forte des professionnels pour cette activité d'ETP et la volonté de travailler en équipe. Les obstacles principaux à la mise en place de ce projet étaient le manque de temps et surtout le besoin de formation spécifique à l'ETP.

C'est dans ce cadre que la MSP de Leuc a fait appel à AUDIAB pour réaliser la formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique.

AUDIAB est une association qui a pour objectif de contribuer à prévenir le diabète de type 2 et ses complications auprès du grand public et des populations en situation de vulnérabilité dans le département de l'Aude.

Elle propose également de former les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique et aide les structures de santé comme celle de Leuc à pouvoir initier un programme d'ETP. ⁽²⁰⁾

A Leuc, cette formation, réalisée fin 2015, a concerné les 3 médecins de la MSP, la diététicienne, la pédicure-podologue, 2 IDE, la pharmacienne, la secrétaire (également éducatrice en activité physique adaptée) et moi-même.

Après avoir vu en quoi l'ETP était devenue primordiale dans la prise en charge du diabète, voire même indissociable de celle-ci, nous allons, dans la troisième partie de l'introduction, exposer les chiffres montrant pourquoi le diabète est la pathologie chronique n°1.

Dans la quatrième partie, nous ferons un bref rappel de la physiopathologie, des complications ainsi que de la prise en charge du diabète de type 2.

3. LE DIABÈTE, N°1 DES MALADIES CHRONIQUES

Le diabète est un problème de santé publique qui pose de manière exemplaire la question du développement de l'éducation thérapeutique du patient.

Lorsque l'on parle du diabète on distingue deux principales maladies :

- le diabète insulino-dépendant, ou diabète de type 1, survenant le plus souvent avant l'âge de 20 ans, représentant 5 à 10 % des diabètes.
- le diabète non insulino-dépendant, ou diabète de type 2, survenant le plus souvent dans nos régions après 50 ans et représentant environ 90 à 95 % des diabètes.

3.1. Au niveau mondial

425 millions de personnes sont atteintes du diabète dans le monde dont 90 % de diabétiques de type 2, d'après la fédération internationale du diabète. Celle-ci qualifie le phénomène de « véritable pandémie », car la progression est considérable. Ainsi, l'OMS prévoit 622 millions de diabétiques d'ici 2040.

Cinq millions de personnes sont mortes des suites du diabète en 2015. Une personne meurt du diabète toutes les 6 secondes dans le monde, soit plus que le sida, la tuberculose et la malaria. ⁽²¹⁾

3.2. Au niveau national

Entre 2000 et 2009, le taux de prévalence du diabète en France n'a cessé d'augmenter. Il a même progressé plus vite que prévu.

En 2009, on estimait à plus de 3,5 millions le nombre de personnes atteintes, des chiffres attendus normalement pour 2016, ce qui témoigne d'une véritable croissance de l'épidémie. En ligne de mire, comme causes principales du diabète : surpoids, obésité, mauvaise alimentation, sédentarité et faible activité physique.

En France, en 2015, 3,7 millions de personnes prenaient un traitement médicamenteux pour leur diabète (soit 5,4 % de la population), auxquelles s'ajoutent les personnes diabétiques qui s'ignorent (300 000 à 500 000 personnes). Cette prévalence ne cesse d'augmenter en France, particulièrement chez les hommes, les jeunes (< 20 ans) et les plus âgés (un quart des personnes diabétiques est âgé de 75 ans ou plus).

Toutefois, cette progression enregistre un ralentissement depuis 2009 : le taux de croissance annuel moyen était de 5,4 % sur la période 2006-2009 et de 2,8 % sur la période 2014-2015. ⁽²²⁾

3.3. Au niveau régional

En 1998, d'après les données de l'assurance maladie, la prévalence du diabète traité chez les bénéficiaires du régime général en Languedoc-Roussillon était de 3,24 %.

En 2015, cette prévalence en Languedoc-Roussillon avait fortement augmenté pour atteindre 4,5 %, le Languedoc-Roussillon devenant ainsi la neuvième région la plus touchée par le diabète en France métropolitaine.

L'analyse des taux de prévalence montre des disparités en fonction du département : l'Aude est la région la plus touchée (6 %) suivie des Pyrénées Orientales (5,6 %) du Gard (5,4 %), de l'Hérault (4,9 %) et de la Lozère (4,7 %). ⁽²³⁾

4. LE DIABÈTE DE TYPE 2, UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

C'est le diabète de type 2 qui pose un problème de santé publique car sa prévalence augmente parallèlement au vieillissement, à la sédentarité et au développement de l'obésité dans les populations des pays industrialisés.

4.1. Définition et physiopathologie

Le diabète sucré se caractérise par une hyperglycémie chronique.

Les critères diagnostiques ont été modifiés en 1999 par l'American Diabetes Association (ADA) et l'OMS ⁽²⁴⁾ ; le diabète peut être défini par :

- o une glycémie veineuse à jeun supérieure ou égale à 1.26 g/L à deux reprises ;
- o une glycémie veineuse supérieure ou égale à 2 g/L associée à des symptômes évocateurs (polyurie, polydipsie, amaigrissement, somnolence) ;
- o une glycémie veineuse supérieure à 2 g/L, 2h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale.

Le diabète de type 2 associe un trouble de l'insulino-sécrétion (diminution du pic de réponse insulinaire précoce à l'ingestion d'aliment puis diminution des capacités sécrétoires lors de l'évolution de la pathologie) et une insulino-résistance (diminution de l'effet de l'insuline sur les tissus insulino-sensibles).

Le surpoids, lié à des modes de vie caractérisés par la sédentarité et une alimentation riche en sucre et en graisse, constitue le facteur de risque modifiable le plus important de cette forme de diabète (39 % des diabétiques sont en surpoids, 41 % sont obèses).

Le diabète de type 2 trouve son origine dans l'association d'un terrain individuel, de l'hérédité familiale de la personne atteinte et de facteurs de son environnement (notamment la consommation excessive de graisses saturées et de sucres rapides et la sédentarité).

Nous pouvons distinguer deux catégories de facteurs de risque (FR) :

- FR non modifiables :
 - âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme),
 - facteurs génétiques (antécédents familiaux, ethnie),
 - antécédent de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un nouveau-né de plus de 4,5 kg.

- FR modifiables :
 - surpoids, obésité,
 - sédentarité,
 - hypertension artérielle (HTA) permanente traitée ou non,
 - dyslipidémie (HDL-cholestérol < 0,40 g/l; LDL-cholestérol > 1,60),
 - micro-albuminurie (> 30 mg/24h)

La diminution de la progression du diabète de type 2 passe par l'action sur les FR modifiables et, tout d'abord, par des mesures hygiéno-diététiques telles qu'un meilleur équilibre alimentaire et une activité physique.

4.2. Complications

Le diabète est, la plupart du temps, asymptomatique dans les premières années puis génère, à terme, des complications micro et macro-vasculaires sévères et invalidantes représentant le principal coût financier de la maladie.

Le diabète est l'une des principales causes d'**insuffisance rénale chronique**. En France, 37 % des nouveaux dialysés sont diabétiques (soit 3000 nouveaux dialysés par an). Environ 70 % des diabétiques dialysés sont en fait des diabétiques de type 2 insulinotraités.

Le diabète, par l'intermédiaire de la **rétinopathie diabétique**, reste la première cause médicale de cécité avant 50 ans dans les pays industrialisés (après 50 ans, le diabète vient après le glaucome et la dégénérescence maculaire sénile et vient après le trachome dans les pays sous-développés).

On comptabilise chaque année 500 à 1000 cas de cécité en France liée au diabète. On estime que 2 % des patients diabétiques deviendront aveugles.

L'association de l'angiopathie et de la neuropathie diabétique est la cause d'amputation d'orteil, de pied ou de jambe chez 10 % des patients diabétiques. 4 patients diabétiques amputés sur 5 sont des diabétiques de type 2. Le taux annuel en France d'amputations liées au diabète se situerait autour de 10 000. Près de 25 % des jours d'hospitalisation pour diabète sont en effet dus à des problèmes podologiques.

Il y a 12 000 hospitalisations par an pour **infarctus du myocarde** en France, 50 % des patients diabétiques meurent d'insuffisance coronaire et 20 à 25 % des angioplasties et pontages coronaires sont réalisés chez des patients diabétiques.

Finalement, le diabète est la quatrième cause d'hospitalisation et de décès. Il représente 4 % du budget santé de la nation. Son coût est estimé à 8 milliards d'euros. ⁽²⁵⁾

4.3. Prise en charge du diabète de type 2

Le diabète de type 2 donne lieu à une prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse.

L'objectif majeur du traitement du diabète de type 2 est, non seulement, la prévention des complications métaboliques aiguës, mais surtout la prévention des complications chroniques (micro et macro-angiopathie) et, de ce fait, la réduction des risques cardio-vasculaires associés.

Traiter un diabétique de type 2, c'est chercher à baisser les valeurs glycémiques (glycémie à jeun et HbA1c), mais aussi à corriger les autres facteurs de risque cardio-vasculaire souvent associés (élévation du LDL-cholestérol, HTA, surpoids et obésité, sédentarité).

Ces objectifs concernent donc les normes clinicobiologiques que l'on souhaite obtenir ainsi que les changements de comportement nécessaires pour les atteindre.

4.3.1. Prise en charge non médicamenteuse

La mise en place de mesures hygiéno-diététiques efficaces est un préalable nécessaire au traitement médicamenteux du diabète de type 2.

Selon le guide ALD n°8 de la HAS ⁽²⁶⁾, la prise en charge non médicamenteuse consiste en une amélioration des règles hygiéno-diététiques qui comprennent la lutte active contre la sédentarité et une prise en charge diététique dont l'objectif est la correction des principales erreurs alimentaires qualitatives (réduction des sucres raffinés, des lipides surtout saturés et de la consommation d'alcool).

L'activité physique consiste en des modifications réalistes du mode de vie quotidien et, autant que possible, repose sur 3 heures par semaine d'activité plus intensive adaptée au profil du patient.

Pour atteindre ces objectifs il est essentiel de fixer avec le patient des objectifs personnalisés, précis, si ce n'est chiffrés, du moins évaluables.

C'est au sein de cette prise en charge non médicamenteuse qu'intervient l'éducation thérapeutique. Elle comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances du patient diabétique :

- ◆ intelligibilité de soi et de sa maladie,
- ◆ maîtrise des gestes techniques d'auto-surveillance et d'auto-traitement,
- ◆ compétence d'auto-diagnostic, d'auto-gestion d'une crise, d'auto-adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie, d'auto-adaptation à une modification des conditions de vie et à l'évolution des thérapeutiques,
- ◆ compétence pour gérer les résultats de dépistage des complications et la planification des prochains dépistages.

4.3.2. Prise en charge médicamenteuse

La stratégie médicamenteuse repose sur la réduction de l'écart par rapport à l'objectif d'HbA1c, l'efficacité attendue des traitements, leur tolérance, leur sécurité et leur coût.

L'objectif glycémique doit être individualisé en fonction du profil des patients et peut donc évoluer au cours du temps.

La HAS a publié en 2013 une fiche mémo permettant de définir l'objectif d'HbA1c individualisé en fonction des caractéristiques du patient et de son diabète ⁽²⁷⁾ (fiche mémo en annexe).

Cette même année la HAS a également publié un algorithme résumant la stratégie médicamenteuse à adopter (monothérapie et association d'antidiabétiques oraux, insulinothérapie) en fonction de l'écart par rapport à l'objectif d'HbA1c (algorithme en annexe).

Néanmoins on admet que, pour la plupart des patients diabétiques de type 2, une cible d'HbA1c inférieure ou égale à 7 % est recommandée. Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est supérieure à 7 %.

Pour conclure, il faut retenir que le diabète est une maladie évolutive et le traitement doit être réévalué régulièrement dans toutes ses composantes : mesures hygiéno-diététiques, éducation thérapeutique et traitement médicamenteux.

Nous voyons donc que la mise en place d'un programme d'ETP au sein de la MSP de Leuc concernant les patients diabétiques de type 2, a un intérêt théorique important.

Nous avons donc voulu savoir, en recueillant les besoins et les attentes des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc, si, en pratique, ce programme répondait à un besoin réel des patients.

MATERIEL ET METHODE

1. QUESTION ET HYPOTHÈSE DE RECHERCHE/OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La question initiale de recherche était : quels sont les attentes et besoins des patients diabétiques de type 2 de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Leuc concernant leur pathologie ?

L'hypothèse de recherche était que la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique concernant les patients diabétiques de type 2 au sein de la MSP de Leuc correspondait à un réel besoin des patients vis-à-vis de leur pathologie.

L'objectif principal de l'étude était de recueillir les différentes attentes et besoins des patients diabétiques de type 2 concernés par le programme d'ETP mis en place à la MSP de Leuc (avant le début du programme afin d'adapter au mieux son contenu).

L'objectif secondaire était de montrer que le projet de mise en place d'un programme d'ETP au sein de la MSP de Leuc était bien accueilli par les patients et de savoir s'ils souhaitaient y participer.

2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La documentation initiale a été réalisée à l'aide du site internet de la bibliothèque universitaire de Montpellier, permettant l'accès au catalogue du *SUDOC* (Système Universitaire de Documentation), à la collection *EM-Premium*, à *Pubmed* et à la *BDSP* (Banque de Données en Santé Publique).

Des recherches ont également été faites directement sur le moteur de recherche *Google*, avec les mots clés suivants : « éducation thérapeutique du patient », « diabète de type 2 », « intérêt de l'ETP ».

La bibliographie a été réalisée avec l'application *Zotero*.

3. TYPE D'ETUDE

Pour cette thèse, nous avons réalisé une **étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs (ou semi-structurés)** étant donné que nous souhaitons recueillir des données subjectives telles que des besoins, des attentes ou des ressentis.

Pour bien comprendre, nous définissons dans les lignes qui suivent ce qu'est la méthodologie qualitative et l'entretien semi-structuré. Nous discuterons de ces choix dans la dernière partie de ce travail.

La méthodologie qualitative est issue des sciences humaines et sociales et a pour objectif d'étudier les représentations et les comportements ainsi que leurs déterminants, afin de comprendre les phénomènes sociaux. ⁽²⁸⁾

L'entretien semi-directif s'oppose à l'entretien ouvert dans le sens où il repose sur une grille préétablie de questions ouvertes (guide d'entretien). Ce guide reprend la liste des thèmes à aborder durant l'entretien et reste adaptable au cours de ce dernier. Classiquement, l'entretien semi-structuré est enregistré et anonymisé. Dans ce type de technique d'entretien, une attitude bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur, et une attention particulière au contexte de l'entretien (confort, environnement sonore, horaire...) ont un impact direct sur la qualité des réponses. ⁽²⁹⁾

4. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

L'étude a porté sur une population de patients diabétiques de type 2 volontaires de la MSP de Leuc. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Les patients ont été recrutés avec l'aide des médecins de la MSP de Leuc lors de consultations médicales, après présentation de l'étude et du déroulement de l'entretien.

Bien que l'étude soit monocentrique, l'échantillonnage a été fait autant que possible en **variation maximale** afin d'augmenter la diversité des expériences vécues, des attentes et des besoins recueillis. ⁽³⁰⁾

Le nombre d'entretiens n'était pas fixé au départ car dépendant du moment où l'étude arriverait à saturation des données, ce qui n'est pas déterminable à l'avance.

5. QUESTIONNAIRE DE DONNÉES QUANTITATIVES

Un questionnaire bref anonyme de données quantitatives a été établi et utilisé en début d'entretien avant de débiter la discussion.

Il n'avait pas pour but de prouver la représentativité de l'échantillon, simplement de le décrire en essayant au maximum d'être diversifié. ⁽²⁹⁾

Ce questionnaire reprenait des variables qui nous semblaient également pertinentes pour l'analyse des entretiens (telles que l'âge, l'ancienneté du diabète ou encore le type de traitement).

L'ensemble de ces données sera repris dans la dernière partie de ce travail et est disponible en annexe.

6. GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF

Pour mener à bien les entretiens, nous avons rédigé au préalable une grille d'entretien structurée en trois parties ⁽³¹⁾ :

- la première comprenait une formule d'introduction et d'entrée en matière qui nous permettait au début de chaque entretien de se présenter, de présenter l'étude et le déroulement de l'entretien mais aussi de faire part aux participants de l'anonymat de ces entretiens et de recueillir leur consentement oral pour l'enregistrement audio ;
- la deuxième partie permettait de recueillir quelques informations sur le patient et son diabète à l'aide du questionnaire de données quantitatives. A travers ses réponses le patient pouvait se présenter et ainsi lancer la discussion en étant plus à l'aise ;
- la troisième partie était composée de six questions principales ouvertes soulevant les thèmes recherchés, avec quelques questions de relance au cas où la personne interrogée n'aborde pas d'elle-même une idée. L'objectif de ce canevas était de guider la discussion, de relancer, d'approfondir certains points de vue, afin d'obtenir le maximum d'informations pour répondre au sujet tout en évitant de trop s'en éloigner. Les questions n'étaient pas connues des participants, de sorte qu'ils ne puissent pas préparer à l'avance leurs réponses.

Le guide d'entretien est disponible en annexe.

7. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

7.1. Organisation

Ayant comme objectif de réaliser les entretiens dans un lieu calme et convivial, en dehors de toute salle de consultation médicale classique, nous avons choisi la salle de vie de la MSP de Leuc, qui répondait à tous ces critères.

Les entretiens se sont déroulés en face à face, sans bureau ou table entre le patient et moi, et chaque participant se voyait proposer un rafraîchissement ou boisson chaude.

La date de l'entretien était définie entre le patient et moi par téléphone ou directement en consultation lors du recrutement.

7.2. Enregistrement vocal

Afin de retranscrire mot à mot les paroles des patients, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Par mesure de sécurité, un deuxième enregistrement simultané était réalisé par la fonction dictaphone d'un smartphone.

7.3. Animation des entretiens

Lors des entretiens, grâce à la formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique que j'ai suivie, je me suis placé en tant qu'éducateur en essayant d'appliquer le plus possible la technique d'écoute active pour pouvoir orienter le patient dans la discussion en essayant de ne jamais induire de réponse par mon comportement ou mes relances. Le patient pouvait donc s'exprimer librement et ainsi développer les points qui lui paraissaient importants ou au contraire ne pas aborder certains thèmes.

8. MODALITÉS D'ANALYSE

8.1. Retranscription des données

Tous les entretiens ont été retranscrits en intégralité, mot à mot à partir des enregistrements numériques à l'aide du logiciel *Pages*. Pour identifier les participants au sein des retranscriptions, l'anonymat devant être respecté, nous avons choisi

arbitrairement l'initiale « P » suivie d'un chiffre correspondant à l'ordre des entretiens.

Mes interventions sont précédées de l'initiale de mon prénom « B ».

L'ensemble des retranscriptions des entretiens est disponible sur CD-ROM à l'intérieur de la quatrième de couverture.

8.2. Analyse du contenu

Les verbatims représentent la matière première pour l'analyse des entretiens.

Nous avons donc commencé par les imprimer en intégralité sur support papier, et avons procédé à une lecture entière du corpus afin d'avoir une vue d'ensemble et de s'imprégner du contenu.

Ensuite, lors de la deuxième lecture, nous avons réalisé une analyse thématique, afin de dégager du corpus un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé en rapport avec la problématique.

Pour cela, nous avons choisi le mode d'inscription en inséré, ce qui signifie que les thèmes sont introduits à l'intérieur même du texte à l'aide d'un code de couleur. ⁽³⁰⁾

Par ailleurs, une démarche de thématization en continu s'est imposée, à savoir que les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés, subdivisés, confrontés, pour aboutir à la construction d'un arbre thématique. ⁽³²⁾

Nous avons procédé ainsi pour chaque verbatim, enrichissant à chaque fois les différents thèmes de nouvelles données et permettant d'en dégager de nouveaux.

Les arbres thématiques ont été construits à l'aide du logiciel *SimpleMind*.

Nous avons réalisé une troisième lecture à distance pour dégager d'autres données qui ne nous étaient pas apparues pertinentes initialement.

RESULTATS

1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Dans le cadre de cette étude, 11 entretiens ont été réalisés.

La durée des entretiens a été en moyenne de 25 minutes avec des durées comprises entre 10 minutes pour l'entretien le plus court et 45 minutes pour les entretiens les plus longs.

Il y avait 7 hommes (64 %) et 4 femmes (36 %).

55 % des patients avaient entre 60 et 70 ans.

8 patients sur 11 avaient un diabète de moins de 10 ans (72 %) dont 5 patients (45 %) qui avaient un diabète récent de moins de 5 ans.

La quasi totalité des patients interrogés était traitée par antidiabétiques oraux (82 %). Seul 2 patients (18 %) étaient traités par insuline.

91 % des patients interrogés étaient suivis uniquement par leur médecin généraliste. Un seul patient était suivi par son médecin généraliste et par un endocrinologue.

Seul un patient avait déjà participé à un programme d'ETP.

L'ensemble des données relatives à l'échantillon est disponible en annexe.

2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

2.1. Le diabète, une maladie perçue de différentes manières

2.1.1. En fonction du stade d'acceptation de la maladie

Lorsque j'ai demandé aux participants de l'étude ce que représentait pour eux le diabète, ils ont spontanément évoqué les différents états émotionnels et les différents ressentis par lesquels ils étaient passés depuis l'annonce de leur diabète.

Ces différents états suivent en réalité les six étapes d'acceptation d'une maladie chronique décrites par le modèle d'Elisabeth KUBLER-ROSS en 1976. ⁽³³⁾

Ce type de réponse n'était pas forcément attendu initialement mais il m'est apparu très intéressant et finalement très important pour comprendre les besoins de chaque patient (nous en reparlerons dans la discussion des résultats de l'étude).

• **Choc initial**

- « *J'ai été choqué d'apprendre que j'étais diabétique, je ne m'y attendais pas du tout. Il n'y avait aucun antécédent dans la famille j'ai été surpris.* »

- « *Psychologiquement ça m'a touché.* »

- « *Quand on m'a dit que j'étais diabétique suite à une prise de sang, je ne l'ai pas très bien pris.* »

- « *C'est une maladie à laquelle je ne m'attendais pas et quand mon médecin m'a annoncé ça sur le moment j'ai été un peu surpris.* »

• **Déni**

- « *Au début j'ai repoussé cette maladie. C'est rien ça va passer. La première fois que mon médecin m'a expliqué que ça ne reviendrait pas comme avant franchement je ne l'ai pas cru, je ne pouvais pas intégrer le fait que je ne pouvais pas guérir, que je ne pouvais pas maîtriser ça.* »

- « Au début je l'ai pris un peu à la légère, on ne sent rien, donc j'ai laissé un peu couler. »

- « Au début (...) je ne me sentais pas concerné. C'est vrai que je ne prenais pas cela très au sérieux avant d'être sous insuline. »

- « Avant je n'étais pas vraiment concerné. »

- « Oui c'était grave mais pas trop. Je me suis dit : ça va se réguler. »

- « Je suis bien conscient qu'à mon âge je dois faire attention mais pas plus que ça. »

- « Jusque là je ne me rendais pas compte, je n'en avais pas pris conscience encore. »

- « Je me disais après tout un cachet ça va tout réglé. »

- « Au début, ce n'était qu'un mot, je ne voyais pas, je n'avais pas de symptôme. Presque à la limite « qu'est-ce qu'ils me font suer à me dire pas manger ci, pas manger ça » ? »

- « Si, je le savais, mais ça ne me concernait pas, c'était à côté de moi. (...) on le sait mais ça pouvait pas m'arriver, on se sent pas concerné, ça n'arrive qu'aux autres. (...) on en est même à se dire « c'est accidentel ce résultat, c'est pas possible, j'avais dû manger quelque chose qui ne fallait pas, ça ira mieux la prochaine fois ». »

• Révolte / Colère

- « J'ai vécu cela bizarrement, je ne sais pas comment expliquer, j'ai été un peu vexé n'ayant jamais été malade, aucune pathologie, jamais opéré, je me croyais invincible pratiquement, et d'un seul coup quelque chose me touche. »

- « Franchement je ne pensais pas du tout être concerné. »

- « *Je n'ai pas compris pourquoi.* »

- « *En plus je n'aime pas le sucre donc je me dis d'où vient ce diabète ?* »

• **Négociation**

- « *Mon premier réflexe a été de dire : « je vais faire attention, je vais surveiller et il va disparaître ». Mon premier truc c'est : « je vais faire un régime, je vais supprimer tout ce qui est sucre. ». »*

- « *Au début j'ai tout supprimé avec l'espoir de guérir.* »

• **Réflexion**

- « *Ce qui m'a le plus surpris derrière c'est que, même en faisant un régime, une fois qu'il est déclenché il est déclenché.* »

- « *Ça a été dur à accepter. J'ai cru qu'en faisant un régime strict, tout supprimer, j'allais guérir tout seul.* »

- « *J'ai mis un peu de temps avant d'intégrer le fait que c'était à vie.* »

- Dans certains cas la mise sous traitement a favorisé la réflexion et la prise de conscience : « *Les comprimés m'ont fait prendre conscience que je ne pouvais pas y arriver tout seul.* » ; « *J'ai essayé toute seule de gérer mais je n'y arrivais pas donc j'ai pris des comprimés.* »

- « *Oui c'est vrai, maintenant grâce au traitement je sais que je suis diabétique. Avant je disais « je suis à la limite ». Et là je me suis dit « merde je suis diabétique ». »*

- Dans d'autre cas, c'est l'apparition de complication qui génère un déclic et une prise de conscience : « *bah jusqu'à l'année dernière c'était juste une maladie comme une autre. C'était pas très important pour moi. Mais ça, ça a changé quand j'ai eu mon problème cardiaque.* »

- Cette étape de réflexion peut parfois entraîner une étape de dépression : « *j'ai pas réussi à maîtriser toute seule. Je me suis dit : « ça va augmenter et après on va arriver à un niveau... ».* »

- **Acceptation**

- « *Au début j'ai suivi scrupuleusement et après j'ai vu que ça ne servait à rien, qu'il fallait vivre avec.* »

- « *Je vis bien avec parce que maintenant j'ai intégré certaines choses.* »

- « *En me suivant, en me piquant, je me suis rendu compte qu'il était là. Je peux le baisser, je peux tenir le niveau mais je peux pas le supprimer.* »

2.1.2. En fonction du vécu médical du patient

Nous avons remarqué que la perception qu'a le patient de son diabète est influencée également par son vécu médical c'est à dire par ses propres antécédents médicaux mais aussi par l'existence de maladie chronique chez les proches (diabète ou autres).

- **Soit le vécu médical a tendance à minimiser l'importance du diabète :**

- « *J'ai des amis qui ont une sclérose en plaque, il faut relativiser, j'arrive à vivre normalement moi.* »

- « *Il y a aussi l'expérience de la vie, c'est un tout. J'ai vécu des choses bien plus importantes, même si le diabète est important.* »

- « *On a fait une coloscopie et voilà c'est tombé. Et là je l'ai très mal vécu. (...) c'était une tumeur cancéreuse (...). Là c'était très difficile, alors le diabète par rapport à ce que j'ai vécu, c'est secondaire. Je ne dis pas que ce n'est pas grave, mais j'ai vécu autre chose. (...) pour moi le plus grave c'est le cancer.* »

- « Ça ne me fait pas peur, il y a des tas de gens qui vivent bien avec ça et il y a des maladies bien plus graves que ça. A la limite, on n'a pas le droit de se plaindre. »

- « Ce qui m'a beaucoup perturbé c'est mon adénome hypophysaire, et puis la thyroïde mais bon voilà le diabète ce n'est pas une question de vie ou de mort, c'est pas le cancer. Autant le cancer on est victime, autant là on est acteur, on est responsable. »

- « Ah non ça n'est pas du tout une contrainte et puis j'en ai vu d'autre des trucs. »

• **Soit, à l'inverse, le vécu médical va augmenter la méfiance vis à vis du diabète :**

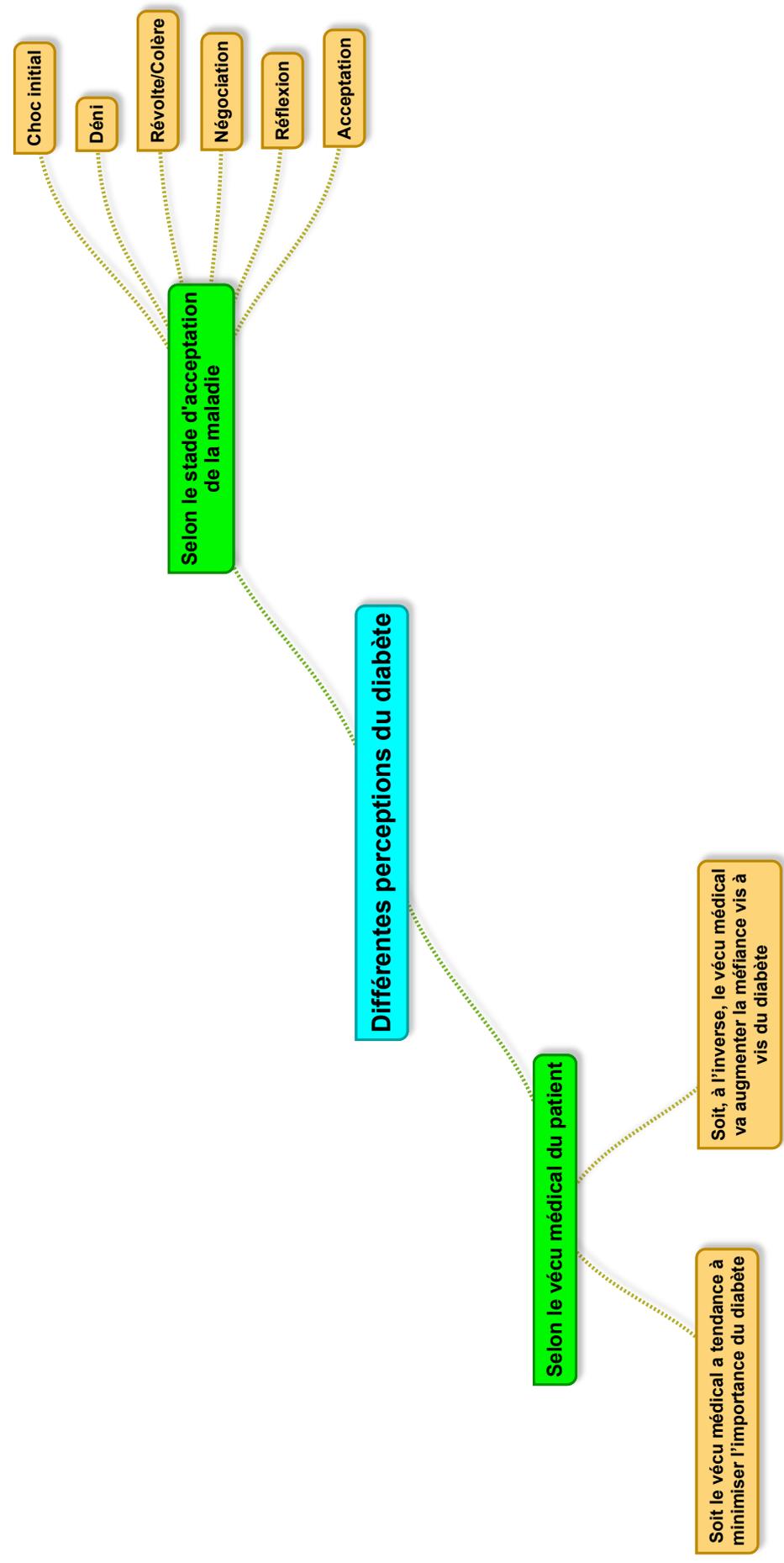
- « Je connais des personnes âgées où des orteils sont tombés ou des trucs comme ça et ça ça me fait peur. Comme devenir aveugle parce que par contre ma mère est devenue aveugle à cause du diabète (...). Et quand on s'en est aperçu il était trop tard. (...) Et puis j'ai mon beau frère qui est diabétique depuis tout jeune et je sais qu'il est pratiquement aveugle maintenant et qu'il a pas mal d'autres complications. Tout ça ça me fait peur. Et c'est pour ça que je fais attention parce que j'ai pas envie de perdre un orteil ou de devenir aveugle ou un truc comme ça. »

- « J'ai des amis qui n'ont plus fait attention et puis on leur a coupé un orteil. Et là je me dis il faut vraiment faire attention. »

- « Dans mon entourage j'en ai des diabétiques. Tous les dégâts que ça peut faire je connais. »

- « Ah oui pour moi quand je voyais des diabétiques, je me suis toujours dit « pourvu que ça ne m'arrive pas, je ne pourrai pas le supporter ». (...) Pour moi c'était impensable. »

Carte heuristique n°1 : Différentes perceptions du diabète



2.2. Le diabète au quotidien

2.2.1. Les principales difficultés rencontrées

2.2.1.1. Gérer son alimentation

La gestion de l'alimentation reste la difficulté principale exprimée par les patients.

- **Une difficulté surtout au début de l'évolution du diabète :**

- « *Au début c'était dur. (...) Pas manger ci, pas manger ça. »*

- « *Au début j'avais l'impression qu'on ne me donnait pas à manger. Mais maintenant je m'y suis fait. »*

- « *En plus j'ai déclenché un diabète en novembre (...) et il y a eu les fêtes de fin d'année... »*

- **Une difficulté qui se traduit par une peur du sucre :**

La crainte de voir son diabète évoluer est responsable d'une véritable diabolisation du sucre et de tout produit sucré entraînant souvent une confusion entre ce que les patients peuvent lire ou entendre et ce qu'ils avaient l'habitude de faire.

- « *Disons que je fais attention à ce que je mange. (...) je fais très attention, je sais que le sucre est dans tous les aliments en réalité. »*

- « *On ne sait plus. Avant je mangeais des yaourts ordinaires maintenant je prends du 0 % mais j'ai lu une étude où on explique que le 0 % est presque plus mauvais que l'ordinaire parce qu'il est plus gras. Je continue quand même le 0 %. (...) je prends aussi des compotes sans sucres ajoutés. »*

- « *Maintenant je ne sais pas trop quoi faire, il y en a qui disent qu'il faut bannir le sucre, ne plus en prendre du tout. (...) Si je ne mets pas de sucre dans le café ce n'est pas bon. »*

- « *On me dit « il faut pas de sucre, pas de fruits... ». Alors je mange quoi moi ? Il y a du sucre partout ! »*

- « *Il faut faire attention à ce que vous mangez. Pas de sucre. (...) C'est un peu le seul truc contraignant qu'il y a. »*

- « *Le matin, j'ai arrêté le café parce que je fais de la tachycardie mais maintenant ce que je prends le matin il y a 10 % de sucre. Et ma femme ne trouve pas quelque chose que j'aime sans sucre, alors je vais revenir au café. »*

- **Une difficulté qui peut entraîner une véritable restriction cognitive :**

Cette restriction cognitive va se traduire par des privations qui entraîneront des frustrations avec le risque de développer des troubles du comportement alimentaire.

- « *Je me fais engueuler parce que des fois je mange pas, je m'interdis de manger et mon fils me dit « tu m'emmerdes tu manges parce que tu ne peux pas ne pas manger ! » »*

- « *Le midi je mange léger et le soir je mange à peine un peu plus toujours par peur de ces hypo la nuit, mais bon je me limite en quantité, je ne prends pas de grosses assiettes, je ne me ressers pas. Après le dessert j'essaie de ne pas manger de yaourts ou de trucs comme ça parce que c'est sucré. »*

- « *Si vous voyez le type à côté qui mange un truc super bon vous êtes un peu... C'est compliqué un peu. Surtout en ce moment où il y a les chocolats. »*

- « *En ce moment je ne mange pas beaucoup et j'ai peur de faire une hypo. (...) je crains dans la nuit de faire quelque chose. »*

2.2.1.2. Maintenir une activité physique régulière

- « *J'aimerais mais vous savez le vélo, la natation, la marche, ce ne sont pas mes sports. (...) je pense que j'ai ce coté un peu fainéant dans le sens où comme ça ne va pas trop mal et que je ne suis pas obligé pour l'instant de le faire, bah je ne le fais pas.* »

- « *Le sport j'en fais pas. Bon j'en ai eu fait, la gym et tout, mais j'ai arrêté parce qu'ils ont arrêté dans mon village. Et puis marcher je le fais un peu mais seule j'ai un peu peur.* »

- « *Je voudrais faire du sport mais les genoux ont été abimés par les chiens, j'ai fait des infiltrations mais c'était pas très efficace. Du coup le vélo c'est compliqué. Et puis pour que je fasse du sport il faut que je sois motivé, que ça me plaise. Courir... après quoi, à part les paysages mais bon. Alors j'ai pensé à la nage mais à la piscine il n'y a rien à voir.* »

2.2.1.3. Gérer le traitement par insuline

Nous verrons plus tard que la gestion des traitements antidiabétiques oraux ne pose généralement pas de problème. Ce n'est pas le cas avec l'insuline qui peut entraîner de réelles difficultés notamment au niveau pratique.

- « *C'est quand on est obligé de se piquer tous les jours et faire le contrôle c'est là qu'on se rend compte que ça devient grave. Pour moi c'est une contrainte.* »

- « *Moi j'aime voyager, ça me saoule maintenant d'emmener mon insuline, c'est pénible. J'ai eu le problème cette année quand on est parti à l'étranger, en Grèce, nous étions en scooter, avec tous les bagages, c'était une période difficile (...) c'est le coté galère. Nous devons aller bientôt au Japon, il faut penser à tout emmener, je ne suis pas là dedans. (...) C'est le genre de truc qui me gave.* »

- « *J'avais la contrainte de l'heure et puis le stylo qui était relativement dur.* »

2.2.1.4. Gérer les complications du diabète

Même si la grande majorité des patients interrogés ne présentait aucune complication du diabète, un patient m'a parlé d'une difficulté qu'il me paraissait important de restituer étant donné qu'elle est généralement sous-estimée car difficilement abordable pour les patients.

- « *Depuis quelques mois j'ai des problèmes d'érection avec ma femme et c'est vrai que je n'en ai pas parlé à mon médecin mais depuis que je suis diabétique je me suis renseigné et il semble que ça pourrait être à cause de ça. (...) pour l'instant même avec les comprimés que je prends je ne vois pas de mieux. »*

2.2.1.5. L'impact du diabète sur la vie sociale du patient

Etre diabétique peut, notamment au début, entraver la vie sociale du patient en modifiant ses comportements sociaux et ses attitudes mais également ceux de ses proches.

- « *Je vis avec mais c'est contraignant surtout au moment des repas, quand on est invité. »*

- « *Ce qui a été amusant au début quand on est invité, les gens se sentent obligés de ne pas manger de gâteaux, ils sont embêtés, mais il faut mettre les gens à l'aise, il faut continuer à vivre. (...) c'est plus leur ressenti à eux, c'est plus là qu'on se trouve gêné. Par rapport à eux surtout. Ils nous connaissaient avant donc... »*

- « *Je me suis dit « tu vas essayer de gérer ça correctement, de ne pas prendre le chou aux gens ». Comme je vous ai dit, il y a des amis d'enfance qui ont découvert seulement cet été que j'étais diabétique. (...) Je leur ai dit que ce n'était pas grave. Je ne me pique pas devant tout le monde, et quand ils me voyaient partir ils me demandaient où je partais. »*

2.2.2. Le ressenti des patients au quotidien

Malgré les difficultés exprimées par les patients vis à vis de leur diabète, pour la plupart d'entre eux, le diabète n'est pas une contrainte au quotidien.

- **Le diabète n'est pas une contrainte car, comme toute maladie chronique, il s'intègre dans les habitudes de vie des patients :**

- « *Non de le suivre c'est maintenant presque un rituel. (...) je me réveille, je me pique, je regarde. »*

- « *Maintenant je suis habitué. »*

- « *Non je ne le vis pas mal mon diabète, en fait je n'en parle pas. »*

- « *Ce n'est pas que c'est une contrainte dans la vie de tous les jours mais il faut faire attention. »*

- « *Non honnêtement ça ne me perturbe pas, je fais attention. Pour moi ce n'est pas trop difficile car je ne suis pas très sucré. »*

- **Le diabète devient facile à vivre après une période d'apprentissage personnel :**

Une notion qui est souvent revenue lors des entretiens est celle de l'apprentissage personnel et de l'expérience que les patients se construisent au quotidien.

En effet pour beaucoup de patients le fait que le diabète ne soit pas une contrainte au quotidien est due à l'expérience qu'ils ont acquise grâce à un apprentissage personnel notamment au niveau de l'alimentation.

- « *Je vis bien avec parce que maintenant j'ai intégré certaines choses, je sais que je peux faire des écarts et que derrière je peux récupérer. Par exemple sur un anniversaire je peux manger un gâteau, sans me goinfrer, mais je participe. »*

- « Si je suis invité quelque part je ne vais pas dire « non ça je n'ai pas le droit ». Je mange modérément, je gère et je sais qu'en suivant, maintenant j'ai vu comment ça fonctionnait et que derrière je pouvais récupérer. Mais ça c'est pas tout de suite. »

- « J'ai ma belle-fille qui était diététicienne et de suite elle m'a donné un tableau. Mais je pense que c'est plus un apprentissage personnel que j'ai fait de la nourriture. (...) je notais au départ ce que je mangeais à peu près, je ne détaillais pas tout le menu mais si je prenais des féculents, je regardais l'impact que ça avait le lendemain ou les jours qui suivaient, c'est ce qui m'a permis de gérer. (...) je me suis fait ma propre expérience. On m'a donné des cadres (...) mais c'est plus personnel. Je suis persuadé que c'est personnel. »

- « J'essaie de gérer ça tout seul. C'est la meilleure solution. Je demande conseil à mon médecin bien sûr mais je gère seul sinon. »

- « Il vous faut essayer de faire votre propre alimentation. »

- « Je pense que c'est plus important de se faire sa propre expérience parce qu'on retient plus facilement. Je préfère ce qu'on apprend seul. »

- « Tant qu'on a pas fait le chemin dans sa tête.... en espérant qu'on ne fera pas trop de bêtises pour se foutre la santé en l'air. Quand on fait quelques petites « conneries » comme j'ai fait, manger une tablette de chocolat, des glaces, ce n'est pas méchant, ça n'implique pas trop et ça aide. Moi c'est ça qui m'a amené à me faire peur légèrement. Je me suis dit si tu continues comme ça tu y vas tout droit, donc il m'a fallu 1 an et demi. »

• **Le diabète n'est pas une contrainte car il reste longtemps asymptomatique :**

- « Le diabète c'est une maladie invisible, vous ne la voyez pas. »

- « Bah pour le moment ça ne me gêne pas trop donc ça ne me donne pas trop de souci vu que j'ai aucune gêne dans la vie quotidienne. »

- « *Après ça n'a rien changé du tout dans ma façon de vivre puisque je n'ai pas de symptôme particulier.* »

• **Le diabète n'est pas une contrainte tant que le traitement reste oral :**

La majorité des patients interrogés était traitée par antidiabétiques oraux et ne semblait pas gênée par la prise de comprimés.

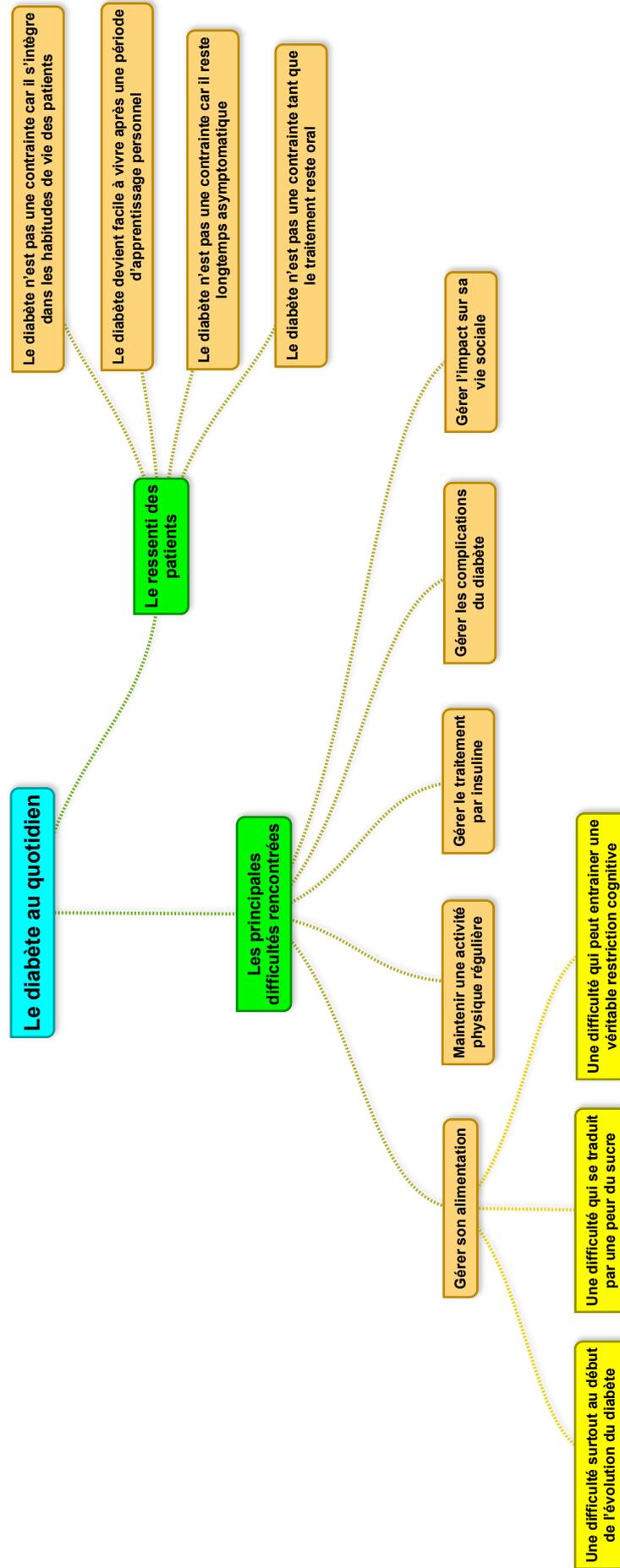
- « *Les cachets ça va bien, on les transporte, on fait ce qu'on veut, vous prenez le matin, vous prenez le soir, ça c'est rien. (...) tant qu'on reste sur les cachets vous n'êtes pas gêné.* »

- « *Le traitement n'est pas lourd, pour moi le diabète n'est pas une contrainte.* »

- « *Non ça ne me pose pas de souci. J'ai pris l'habitude de prendre mes 2 comprimés le matin, maintenant je n'en prends plus qu'un.* »

- « *Non non c'est le seul traitement que je prends donc c'est pas très contraignant.* »

Carte heuristique n°2 : Le diabète au quotidien



2.3. Les craintes liées au diabète

2.3.1. L'évolution de la maladie

Le sentiment le plus exprimé par les patients lorsqu'on évoque l'avenir de leur pathologie est la crainte que le diabète leur « échappe », qu'ils n'arrivent plus à gérer malgré leurs efforts.

- « *Quand je suis parti chez mes enfants, j'ai fait moins attention, j'ai vu que pendant 1 semaine mon taux était un peu plus haut. 4-5 jours d'affilés j'étais à 1,40/1,50 et là j'ai commencé à essayer de freiner et j'ai vu que la courbe baissait moins franchement qu'au départ. La baisse était plus lente et là je me suis inquiété, la peur que la courbe continue à monter, la crainte que je n'arrive plus à gérer.* »

- « *Je pense que par contre, je m'inquiéterai si je vois que ma courbe monte et que je n'arrive pas à la baisser. Là par contre je pense que je vais ruminer.* »

- « *Je commencerais à m'inquiéter des conséquences si mon taux montait.* »

- « *J'ai toujours peur de faire monter le sucre.* »

- « *Oui ça m'angoisse un peu de savoir si j'ai augmenté ou si c'est stable.* »

- « *Oui j'ai peur que ça s'amplifie. Là ça a diminué mais si au bout d'un moment les comprimés ne suffisent plus il va falloir passer à l'insuline ?* »

Dans l'évolution de leur diabète, le passage à l'insulinothérapie et l'apparition de complications constituent les deux principales inquiétudes des patients.

2.3.2. Le passage à l'insulinothérapie

Le passage à l'insulinothérapie est la crainte principale des patients interrogés. Deux raisons ont été exprimées par les patients.

- **La mise sous insuline serait vécue comme le passage d'un palier très important dans l'évolution du diabète avec un sentiment d'échec et de culpabilité de la part du patient.**

- « *La lourdeur du traitement d'accord mais surtout le fait que je serai passé d'un palier à un autre. Derrière si je n'ai pas su gérer avec les cachets comment je vais gérer avec l'insuline. Après ça veut dire que je n'ai pas su gérer mon alimentation.* »

- « *J'ai peur de me faire piquer avec l'insuline. J'aimerais pas commencer. Je sais que si on commence c'est fini quoi. (...) je crois que c'est une grande étape.* »

- « *J'ai la crainte que ça empire, que j'aille plus loin, que j'en arrive à l'insuline et ça je voudrais l'éviter absolument. (...) je me dis que le cachet c'est plus léger, on peut le gérer à peu près bien, par contre l'injection si on la fait pas...on est mal. L'injection c'est le stade au-dessus.* »

- **Le traitement par insuline est perçu comme étant très contraignant d'un point de vue pratique.**

- « *L'insuline derrière, les piqûres. Les piqûres c'est autre chose, c'est une vraie crainte. (...) c'est un traitement plus lourd.* »

- « *Ce serait de passer sous insuline. Il faut se piquer, dès qu'on part il faut tout emmener, beaucoup de contraintes. C'est surtout une contrainte matérielle.* »

- « *Le seul souci que j'ai c'est que je n'aimerais pas que ça s'aggrave parce que passer à l'insuline ça me contrarierait. (...) j'ai eu des échos de copines à moi qui se piquaient et je sais que c'était assez contraignant.* »

- « *Pour moi ça serait vraiment contraignant, ça serait un truc pénible de me piquer tous les jours. Ça m'embêterait.* »

- « *C'est une autre contrainte, l'insuline c'est : le frigo, l'injection, les heures fixes. C'est chiant. (...) au niveau pratique ce n'est pas la même vie pour le patient.* »

2.3.3. L'apparition de complications

Deux complications inquiètent particulièrement les patients interrogés.

- **L'atteinte ophtalmologique (rétinopathie diabétique) :**

- « *Je sais vaguement ça peut toucher les yeux. Comme je porte des lunettes, ça m'inquiéterait un peu.* »

- « *Des soucis pour l'avenir, ça attaque les yeux, les mains. J'ai surtout peur pour les yeux.* »

- « *Mais ma crainte c'est de ne plus pouvoir marcher et de perdre la vue, ça, ça me fait peur. Et c'est pour ça que je vais faire plus d'efforts maintenant. Je ne supporterai pas de perdre un membre ou de perdre la vue, ça c'est ma hantise. C'est plus la peine de vivre.* »

- « *Je crains pour les yeux.* »

- **L'atteinte des membres inférieurs (artériopathie et neuropathie diabétique) avec le risque d'amputation :**

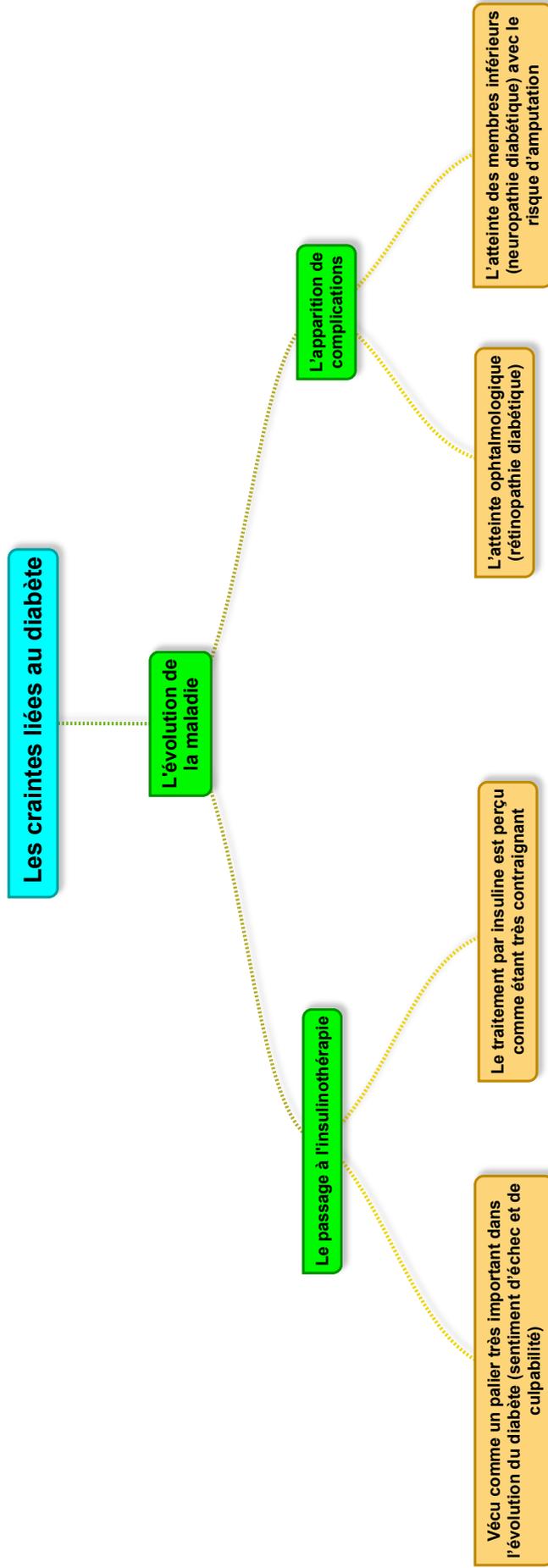
- « *Oui, les neuropathies (...) ça ça me fait peur aussi parce que je sais qu'après on risque d'être amputé. (...) ça me fait quand même peur parce que je sais que quand on commence à amputer souvent ça ne s'arrête pas.* »

- « *La seule crainte que j'aurais, à laquelle j'ai déjà pensé, c'est que j'entends qu'avec le diabète on peut perdre un bout de jambe. (...) Ma seule angoisse ce serait ça, de ne plus faire de moto, j'ai l'impression qu'on me volerait un peu de ma liberté.* »

- « *C'est pour ça que je fais attention parce que j'ai pas envie de perdre un orteil ou de devenir aveugle* »

- « *Le fait de mourir d'une crise cardiaque parce que je prends trop de sel, ça ne me dérange pas, mais ne plus pouvoir me déplacer parce qu'on me coupe une jambe ça non. Je préférerais me foutre un coup de flingue sur la tête. »*

Carte heuristique n°3 : Les craintes liées au diabète



2.4. Les patients ont-ils besoin de plus de connaissances ?

2.4.1. Oui pour la plupart des patients interrogés

La grande majorité des patients interrogés (8 sur 11) souhaite approfondir leurs connaissances du diabète afin de réduire leurs difficultés et leurs craintes.

Les domaines où les patients souhaitent approfondir leurs connaissances sont logiquement les mêmes que ceux sur lesquels ils éprouvent des difficultés.

- **Principalement concernant la gestion de l'alimentation :**

- « *Je me suis posé la question, je ne sais pas si il y a des aliments qui se marient ou s'annulent ?* »

- « *Si je mange uniquement des pommes de terre je sais que ça va monter, par contre si je mange un peu de pomme de terre avec un autre aliment en même quantité est-ce que derrière le taux de sucre ne sera pas le même ?* »

- « *Si je ne prends qu'un café est-ce que je peux quand même mettre un peu de sucre ?* »

- « *Par exemple à 16h est-ce que je peux manger des fruits plutôt qu'un gâteau ?* »

- « *Ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger ? Je ne sais pas tout ça.* »

- « *Moi c'est surtout au niveau nutritif qu'il me manque des bases. J'aimerais qu'on me dise « vous ne devez pas dépasser tant de pourcentage de sucre par repas ». Le matin, par exemple, je mange un cappuccino et 2 brioches, alors c'est trop ?* »

- **Concernant la gestion de l'alcool :**

- « *Quand je prend l'apéritif le lendemain pas d'incidence sur mon taux voire même un peu plus bas selon l'activité et ça m'a choqué. »*

- « *On achète pas mal de blanquette et de crémant, des fois on boit 1 ou 2 bouteilles à 2 et en fait le taux finalement n'est pas élevé alors que c'est quand même du sucre nan? (...) Et la bière, c'est la même chose ? (...) Une fois j'avais lu que le vin rouge semblait être le moins mauvais, c'est vrai ? »*

- « *A l'apéro, par exemple, je peux diminuer l'alcool. Mais c'est vrai que j'aime boire mon Chardonnay mais comme j'aime boire je le bois lentement. »*

- **Concernant la gestion de l'activité physique :**

- « *J'aimerais savoir ce que je pourrais faire pour faire plus d'activité physique. »*

- « *Peut-être reprendre la plongée, mais est-ce que je peux physiquement ? »*

- **Concernant les complications :**

- « *Les neuropathies c'est le diabète qui fait ça, est-ce que ça évolue ? »*

- « *L'impact sur le coeur (...) je connais pas bien. »*

- **Concernant la physiopathologie du diabète :**

- « *Je ne suis pas très sucré donc je n'ai pas compris ce qui m'arrivait. (...) Oui (j'aimerais) savoir pourquoi. »*

- « *Je n'ai pas compris. Est-ce qu'il y a un facteur héréditaire ? »*

- « *En réalité le type 2 c'est une maladie qui arrive vers quel âge ? »*

- « *Le diabète c'est l'alimentation mais c'est aussi tous les coups de la vie. J'ai lu pas mal de choses sur ça aussi. Après est-ce que c'est ces choses là qui ont fait que je suis devenu malade je sais pas ?* »

- « *Je ne comprends pas les chiffres. A la télé ils disent entre 7 et 1,24. C'est quoi ça ? Pourquoi 6,30 % c'est trop ? (...) et alors pourquoi j'ai un cachet ? (...) et du coup ce pourcentage vous m'avez dit qu'il devait être à combien ?* »

- « *Mon copain aussi avec qui j'ai bossé pendant 15 ans. Mais lui je me disais « c'est à cause de lui » parce que devant la télé il pouvait manger une tablette de chocolat tous les soirs. Moi ça j'ai jamais fait donc pourquoi je suis diabétique alors que j'ai jamais fait des trucs comme ça ? Moi j'aime le sel et tout ce qui est amer.* »

• **Concernant l'évolution du diabète :**

De nombreux patients interrogés se demandent si leur diabète évoluera même si actuellement il est bien équilibré et qu'ils font ce qu'il faut au niveau hygiéno-diététique.

- « *Qu'est ce qui va se passer avec un taux de sucre supérieur ? Quelles seront les conséquences ?* »

- « *Comment ça va évoluer ? Où est-ce que je vais aller ?* »

- « *En vieillissant, même en faisant attention, est-ce que ça va s'aggraver (...) ?* »

- « *Je ne sais pas trop. (...) Je préfère savoir quand même. Si je peux stopper certaines choses.* »

- « *Non je ne me pose pas trop de questions. Je devrais peut-être ? (...) Parce que ça évolue ? Expliquez-moi ? (...) On ne pourra rien faire ?* »

- « *J'aimerais savoir à quel stade il faut faire plus attention.* »

- « *Pour l'instant je suis à un taux faible de sucre mais est-ce que inévitablement ça va augmenter ou est-ce que ça va rester comme ça ? Ça c'est ma grosse interrogation. »*

- La question que se pose principalement certains patients est de savoir si un jour ils passeront à l'insuline : « *La seule chose que j'aimerais connaître c'est la limite de passage entre les cachets et l'insuline. A partir de quand on doit passer à l'insuline ? »*

- « *Si mon diabète se dérègle vraiment et que je suis obligé de passer sous insuline, là j'aimerais savoir si il y a d'autre moyen que de se piquer tous les jours ou pas et comment faire avec cette insuline. Et après connaître l'évolution de ma maladie et ce que je risque si je suis sous insuline. »*

- D'autres patients se demandent même s'ils peuvent guérir de leur diabète en faisant plus d'effort : « *oui je voudrais savoir si on peut revenir en arrière ? Est-ce qu'on peut ne plus avoir besoin du cachet, est-ce que c'est réversible ? (...) On ne peut que le retarder alors ? »*

- « *Je me demande si au stade où j'en suis moi, qui n'est pas très affolant, est-ce qu'on peut revenir à l'état zéro ? (...) Où j'en suis moi, si je fais de l'activité physique, est-ce que je peux guérir ? »*

2.4.2. Non pour certains patients interrogés

Malgré les difficultés et les craintes exprimées par les patients, trois d'entre eux m'ont signifié qu'ils ne souhaitent pas forcément avoir plus de connaissances ou d'information sur leur maladie.

La principale raison est qu'ils craignent qu'on leur apporte des réponses à des questions qu'ils ne se seraient pas encore posées par crainte de trop anticiper sur l'évolution de leur maladie et de créer des peurs qu'ils n'avaient pas jusqu'à présent.

- « Pour l'instant je me pose des questions en réaction à mon état. (...) Je me pique pratiquement tous les matins. A partir du moment où c'est stable je ne me pose pas plus de questions. »

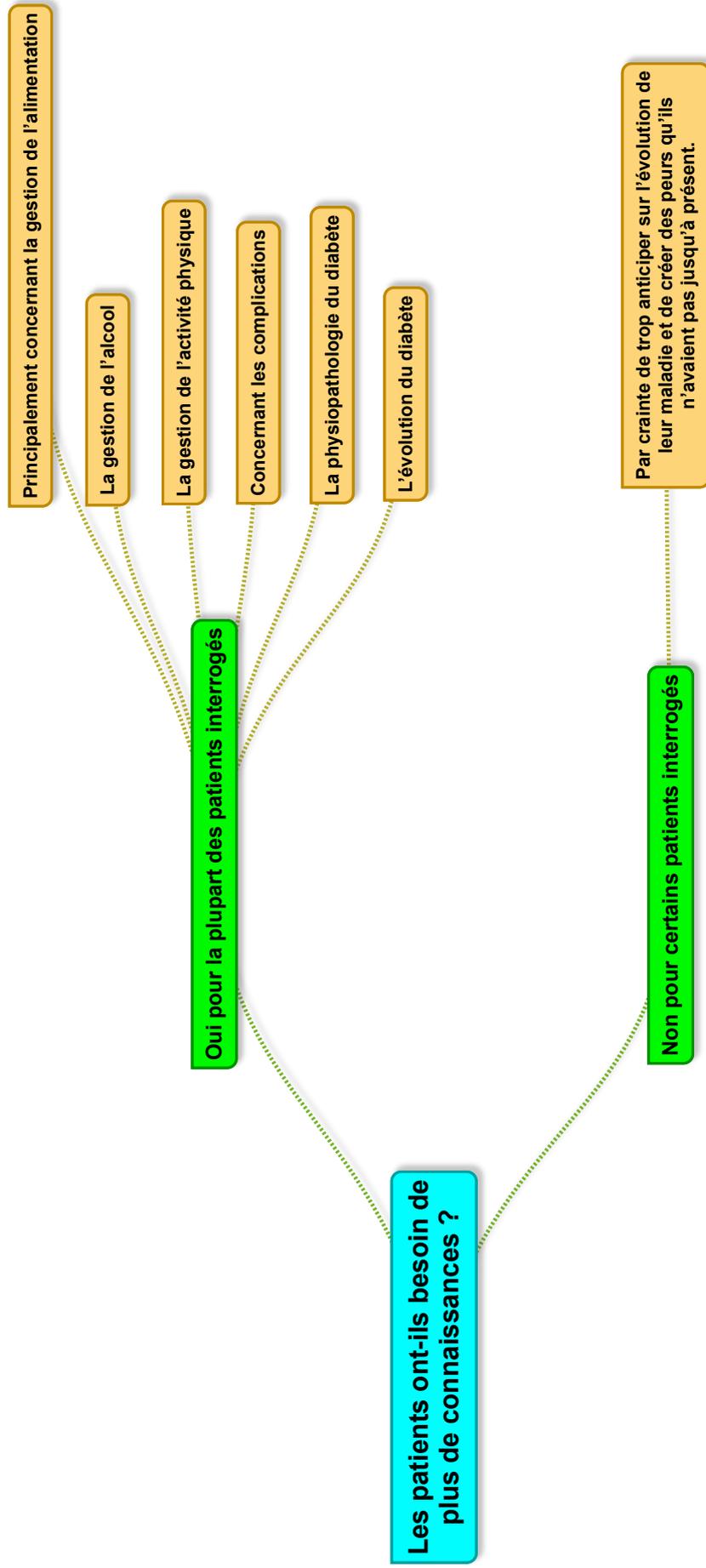
- « Sur les cas extrêmes de diabète non je ne suis pas informé mais parce que je n'ai pas posé de question. Pour l'instant je n'ai pas intégré ce palier. (...) Après je suis en train de me demander si on a vraiment besoin de savoir la fin ? L'extrémité ? (...) Est-ce que ça ne m'apporterait pas plus de craintes, d'interrogations, de connaître l'extrémité ? »

- « L'information doit venir au fur et à mesure. On doit répondre aux questions au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie. Si je vous pose des questions vous me répondez au fur et à mesure, mais pas forcément aller au devant et de faire un tableau « la fin ce sera ça ». »

- « Moi il me paraît plus logique de vivre au jour le jour. (...) Alors si pendant 3 mois je suis à plus de 2g là j'appellerai mon médecin pour savoir, mais pour l'instant ça va. »

- « J'ai pas voulu trop approfondir, j'ai pas voulu me faire peur. (...) Dans combien de temps j'aurais une pompe à insuline ça pour l'instant j'ai pas trop envie de le savoir. »

Carte heuristique n°4 : Les patients ont-ils besoin de plus de connaissances ?



2.5. Des avis partagés sur l'ETP à Leuc

Malgré un besoin d'information et de connaissances globalement important, à la question « seriez-vous intéressé pour participer à des ateliers d'éducation thérapeutique au sein de la MSP de Leuc ? », seulement la moitié des patients interrogés a répondu « oui » et l'autre moitié n'est pas intéressée.

2.5.1. La moitié des patients est intéressée

- **Pour partager et échanger avec d'autres patients :**

- « *Oui pourquoi pas. Ça peut être bien pour pouvoir un peu discuter avec d'autres personnes.* »

- « *Forcément, ça prend corps, c'est quelqu'un comme nous qui l'a vécu, il y a une représentation, c'est pas des mots en l'air.* »

- Le seul patient ayant déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique auparavant se dit intéressé pour participer à nouveau à un programme d'éducation thérapeutique au sein de la MSP de Leuc. Il considère que, grâce au partage d'expérience avec d'autres patients, l'ETP lui a apporté beaucoup de bénéfices en termes de connaissance de la maladie : « *ce qui a été dit finalement m'a conforté dans ce que je faisais et ce que je savais. (...) J'ai tout mis en oeuvre et ça se passe super bien. Vous pouvez le noter ça. (...) Je suis ressorti convaincu de l'intérêt, j'ai tout gardé, les comptes-rendus, tout. Je dirais pas que ça a été une révélation mais ça m'a aidé et ça m'aide encore* »

- **Et pour approfondir leurs connaissances :**

- « *Oui bien sur. Je suis toujours partante pour savoir des trucs, pour apprendre des choses sur le diabète.* »

- « *Surtout ce qui m'intéresserait c'est l'éducation alimentaire.* »

- La méfiance concernant les informations récoltées sur internet est aussi une motivation pour participer à un programme d'ETP: « *Et ben par internet mais il y a beaucoup de choses contradictoires, c'est du vrac. Je préfère avoir l'avis des spécialistes directement pour mettre en place les choses adaptées à mon diabète.* »

- « *Quand on va chercher sur internet on se rend compte que c'est pas si simple que ça, on se fait peur. (...) C'est pour ça que c'est difficile de faire la part des choses et que donc on a besoin des professionnels pour avoir les vraies réponses.* »

2.5.2. L'autre moitié des patients n'est pas intéressée

Quatre raisons principales ont été données par ces patients.

- **Certains ont l'impression de maîtriser leur diabète et ne voient pas l'intérêt :**

- « *A partir du moment où je me gère, je me surveille, je fais mes carnets, je ne vois pas trop ce que ça va m'apporter. Je suis en train de me demander si ça ne va pas m'apporter plus de contraintes pour moi.* »

- « *Je connais déjà pas mal de choses.* »

- **D'autres considèrent que cela n'est pas le bon moment :**

- Soit parce qu'ils auraient souhaité que cela intervienne plus tôt dans l'évolution de leur maladie : « *Par contre j'aurais été preneur d'information au tout début. (...) j'avais intégré le fait que je ne pouvais pas revenir en arrière, qu'il fallait que je gère, que je vive avec ça et là j'ai été demandeur d'information, je me suis tourné un peu partout.* »

- « *Au début j'avais des questions mais avec l'entourage j'ai eu des réponses.* »

- Soit parce qu'au contraire il pense que cette éducation thérapeutique ne doit pas être proposée dès le début de la maladie : « *ça n'a pas été du tout efficace parce que c'était trop contraignant, c'était trop récent, je n'avais pas pris conscience encore que j'avais du diabète, c'était complètement hors sujet, beaucoup trop tôt.* »

- « Et le fait qu'on vienne me dire de faire ça, c'était trop tôt ce n'était pas le moment. (...) Peut-être qu'il faudrait commencer par une éducation sur la maladie, les risques mais pas dire il faut arrêter de manger ça, il faut perdre tant, il faut marcher... Que ce soit général, que ce soit une éducation. Après le cerveau chemine malgré tout. Pour moi, d'abord des ateliers d'information et après petit à petit un accompagnement dans la situation particulière, mais pas tout de suite. »

- « Il faut quand même de l'information au début parce c'est pas dans une discussion qu'on va expliquer à chacun. Il faut un peu de théorie, il faut savoir comment ça marche. »

- **Certains préfèrent s'informer autrement sur leur maladie :**

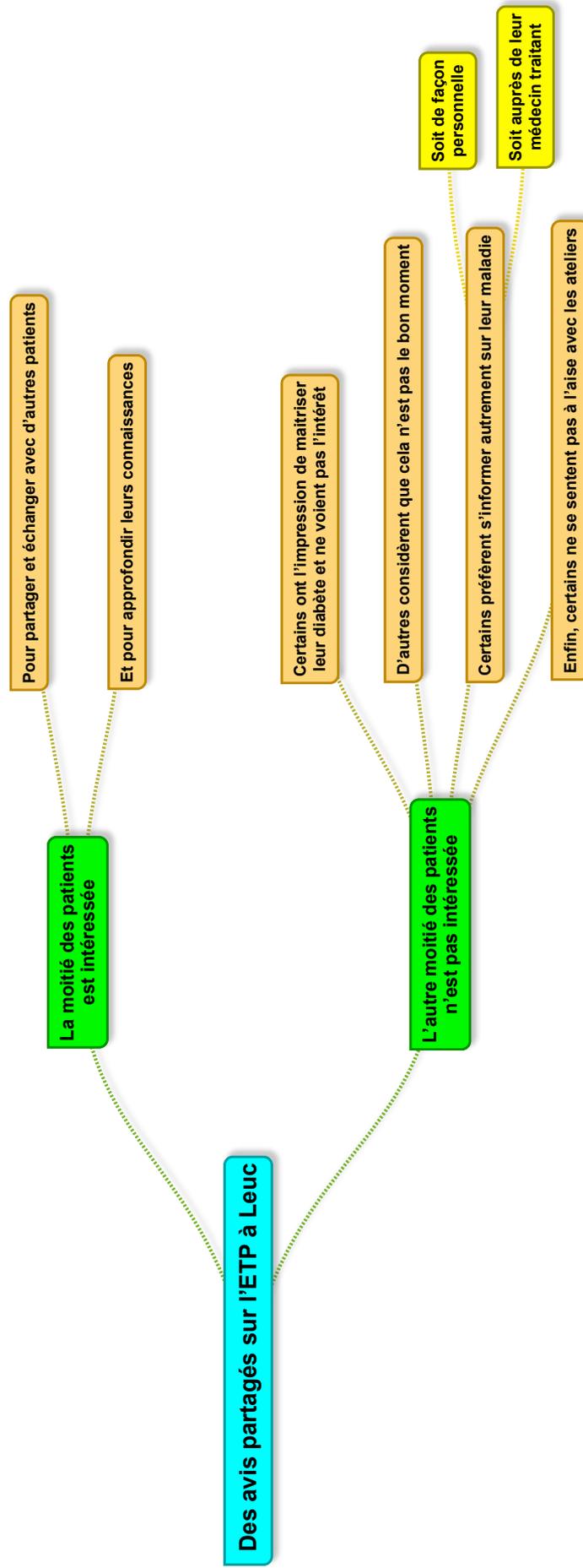
- Soit de façon personnelle : « Il y a certainement des gens qui ont besoin de ça (...). Il y en a qui veulent tout gérer, avoir toutes les informations. (...) Je pense que c'est plus important de se faire sa propre expérience parce qu'on les retient plus facilement. Je préfère ce qu'on apprend seul. »

- Soit auprès de leur médecin traitant : « Le problème c'est de trouver le temps pour venir et tout. Et puis ça ne m'intéresse pas trop, je préfère voir le docteur en consultation si j'ai des questions. »

- **Enfin, certains ne se sentent pas à l'aise avec les ateliers :**

- « Je connais beaucoup de monde dans le village et c'est vrai qu'être en groupe avec des gens que je connais et de parler de tout ça j'ai pas trop envie. (...) si je vais à ces ateliers les gens vont savoir que je suis diabétique et bon j'ai pas trop envie pour l'instant. »

Carte heuristique n°5 : Des avis partagés sur l'ETP à Leuc



DISCUSSION

1. DU CHOIX DE LA MÉTHODE

1.1. Méthode qualitative versus quantitative

Pour cette étude, nous avons opté pour une méthodologie qualitative car l'objectif était de recueillir des attentes et des besoins afin de les interpréter et non pas, comme s'y prête la recherche quantitative, de convertir des opinions en nombre ou de quantifier des comportements.

La recherche qualitative a pour but d'explorer le sens et la valeur de phénomènes sociaux dans leur contexte naturel afin d'aider à les comprendre. ⁽²⁹⁾

Il nous paraissait donc logique de choisir ce type de méthodologie pour notre étude.

1.2. Choix des entretiens semi-dirigés individuels

Le choix de réaliser des entretiens individuels a été évident dès le début étant donné que l'objectif était de recueillir d'une manière la plus précise possible les attentes de chaque patient et que ces attentes sont évidemment propres à chacun. Faire des focus groups de patients n'aurait certainement pas permis d'approfondir autant les réponses de chaque patient.

Nous avons choisi de réaliser ces entretiens individuels de manière semi-directive et non ouverte pour permettre, grâce à un guide d'entretien, d'aborder tous les thèmes de l'étude et de relancer les patients pour chacun de ces thèmes à l'aide de sous-questions. Cette technique de relance a permis d'amener des points importants quand les patients ne les développaient pas spontanément. ⁽²⁹⁾

Les limites de l'entretien individuel sont tout d'abord la difficulté pour certains participants à développer spontanément leurs points de vue, attentes et besoins et ce malgré une attitude bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur. De plus le fait de relancer le participant par des sous-questions afin d'approfondir ses réponses peut influencer son discours et donc entraîner un biais d'investigation.

2. FORCES DE L'ÉTUDE

Selon nous, la première force de l'étude est le choix du sujet. En effet, le recueil des attentes des patients diabétiques de type 2 d'une maison de santé pluriprofessionnelle prend tout son sens dans le cadre d'une mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique au sein de cette MSP. Le fait de m'investir personnellement dans ce programme d'ETP majore également l'intérêt de ce travail et représente une force supplémentaire.

Comme nous l'avons vu précédemment, le choix d'une méthode qualitative nous semble pertinent et adapté au recueil d'attentes et de besoins.

Le fait de n'avoir qu'un seul critère d'inclusion (patient diabétique de type 2 de la MSP de Leuc) sans critère d'exclusion, nous a permis de recruter un échantillon homogène mais diversifié notamment par échantillonnage en variation maximale. ⁽³⁰⁾

Un climat de confiance a été instauré lors des entretiens, par un lieu calme et convivial, la mise à disposition de boissons durant les entretiens, une première partie sous forme d'introduction et par une seconde partie brise-glace qui permettait au patient de se présenter. Ces conditions permettaient aux participants de s'exprimer librement et de se sentir à l'aise et donc de limiter les biais émotionnels.

Le guide d'entretien est restée souple et a été fréquemment adapté au cours de chaque entretien pour éviter que les participants se sentent trop orientés vers certains thèmes ce qui aurait pu nuire à la qualité de leurs réponses et hacher la discussion et le rythme de l'entretien.

La saturation des données a été obtenue après le neuvième entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

La retranscription des données a été fidèle aux propos grâce à l'enregistrement audio, ce qui nous a permis d'éviter un biais de déperdition.

3. BIAIS DE L'ÉTUDE

3.1. Biais de recrutement

Notre étude étant monocentrique et les patients ayant été recrutés par les médecins de la MSP de Leuc lors de consultations médicales, il y a pu avoir un premier biais de recrutement lié au fait que patients et médecins se connaissaient déjà ce qui a pu influencer les patients dans leur décision de participer ou non à l'étude.

De plus, ayant fait plusieurs remplacements au sein de la MSP de Leuc, la connaissance de certains patients interrogés a pu engendrer des freins dans la discussion, par pudeur ou peur du jugement.

3.2. Biais d'investigation (ou d'intervention)

La plus grande difficulté lors des entretiens a été de ne pas influencer par mon attitude certaines réponses ou ne pas approfondir suffisamment et donc perdre de l'information, générant un biais d'investigation.

En effet le fait de laisser la discussion évoluer en fonction des réponses des patients a parfois entraîné des difficultés à suivre le guide d'entretien et donc à aborder tous les thèmes prévus initialement.

De plus, certains participants n'approfondissant pas spontanément leurs réponses, des difficultés de relance sont apparues avec l'usage fréquent de questions fermées et le risque d'influencer les réponses.

3.3. Biais d'interprétation (ou d'analyse)

L'inexpérience du chercheur a pu entraîner un ou plusieurs biais d'interprétation. Il aurait fallu pour limiter ce biais, une triangulation des données, c'est à dire une analyse thématique faite par plusieurs chercheurs afin de vérifier la concordance des conclusions. ⁽²⁹⁾

Cependant, le fait que nos résultats soient en accord avec d'autres études laisse penser que les biais sont malgré tout limités.

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les différentes attentes et besoins des patients diabétiques de type 2 concernés par le programme d'ETP mis en place au sein de la MSP de Leuc, afin d'adapter au mieux son contenu.

L'objectif secondaire était de montrer que la mise en place de ce programme d'ETP est bien accueillie par les patients de la MSP de Leuc.

Globalement les patients interrogés ont tous exprimé un besoin d'information et de connaissances supplémentaires concernant leur diabète. Ce besoin est, dans la majorité des cas, lié aux difficultés rencontrées au quotidien et aux craintes de chacun des patients concernant l'avenir de leur pathologie.

Malgré ce besoin d'information partagé quasiment unanimement par tous les patients interrogés, seulement la moitié d'entre eux se dit intéressée par le programme d'éducation thérapeutique mis en place au sein de la maison de santé de Leuc.

Pour tenter de mieux comprendre cet accueil de l'ETP à Leuc nous mettrons en perspectives les résultats de notre étude avec les données disponibles dans la littérature et notamment avec les résultats de l'étude ENTRED 2007-2010 ⁽¹⁷⁾.

En effet, s'agissant de l'étude de référence concernant l'état de santé des personnes diabétiques en France et leurs besoins en démarche éducative, il nous paraissait légitime d'analyser nos résultats sous le spectre de cette étude.

4.1. Paradoxe entre difficultés exprimées et le ressenti au quotidien

L'ensemble des patients interrogés a évoqué une ou plusieurs difficultés dans leur quotidien.

La difficulté principale exprimée par la majorité des patients est la gestion de l'alimentation. Cette gestion est un problème systématiquement rencontré au cours de l'évolution du diabète. En effet la crainte de faire monter leur taux de glycémie et de déséquilibrer le diabète est responsable de nombreuses interrogations et de confusion concernant les habitudes alimentaires et plus particulièrement la consommation de sucre. On remarque que cette confusion est souvent majorée par des informations contradictoires récoltées sur internet ou délivrées par les proches des patients.

Selon l'étude ENTRED 2007-2010 ⁽¹⁷⁾, plus de la moitié des patients diabétiques de type 2 se sont renseignés sur le diabète (soit par des documents écrits, soit sur internet). L'impossibilité pour les patients de vérifier la véracité des informations trouvées accroît généralement la confusion concernant l'alimentation et la gestion du sucre.

De manière paradoxale, et ce malgré cette difficulté de gestion de l'alimentation, l'ensemble des patients interrogés considèrent que le diabète n'est pas une contrainte au quotidien.

Cette difficulté est surtout présente au début de l'évolution de la maladie et se dissipe plus ou moins rapidement après une période d'apprentissage personnel. Cette période semble être une étape indispensable dans l'acceptation et l'appropriation de la maladie et permet au patient de l'intégrer à ses habitudes de vie.

Le diabète est vécu par beaucoup de patients comme une maladie « invisible ». Le fait que le diabète reste longtemps asymptomatique et que les patients interrogés soient majoritairement traités par antidiabétiques oraux impliquent un faible impact pratique sur leur vie quotidienne.

Ce ressenti positif sur le vécu du diabète au quotidien ressort également des résultats de l'étude ENTRED ⁽¹⁷⁾ qui montre qu'un peu plus des deux tiers des personnes diabétiques de type 2 (69 %) voit l'avenir avec confiance et seul un peu moins d'un tiers avec inquiétude.

4.2. Un besoin d'information et de connaissances globalement important

L'étude ENTRED 2007-2010 ⁽¹⁷⁾ montre que, même si près de 80 % des personnes diabétiques de type 2 se disent bien ou très bien informées sur leur diabète, les trois quarts (76 %) d'entre elles souhaiteraient obtenir des informations supplémentaires, ce que viennent confirmer les conclusions de notre étude.

La gestion de l'alimentation associée à celle de l'alcool apparaît comme la principale source d'interrogation des patients interrogés. Ceci est logique étant donné qu'il s'agit également, comme nous l'avons vu précédemment, de la difficulté principale éprouvée par les patients au quotidien. Parmi les deux aspects entrant dans l'hygiène

de vie des patients, si l'alimentation est donc bien identifiée, l'activité physique ne l'est quasiment pas (seulement deux patients l'ont évoquée dans nos entretiens).

Une fois de plus ces résultats sont superposables à ceux de l'étude ENTRED ⁽¹⁷⁾ puisque 45 % des patients de cette étude souhaiteraient en premier lieu des informations sur l'alimentation alors que seuls 18 % s'interrogent sur l'activité physique.

Parmi les autres thèmes d'information souhaités par les patients interrogés, la connaissance des mécanismes et de la physiopathologie du diabète a très souvent été évoquée. L'un des souhaits exposé par certains patients était de mieux comprendre pourquoi ils sont devenus diabétiques mais également de savoir comment peut évoluer leur maladie. Sur ce dernier point on remarque que nombre de patients manquent de connaissances concernant l'évolution naturelle du diabète et son éventuelle aggravation dans le temps. Certains patients diabétiques depuis plusieurs années se demandent même si, en faisant plus d'effort sur les règles hygiéno-diététiques, une guérison est possible.

On remarque que ce besoin d'information sur l'évolution de leur maladie reflète en réalité leurs craintes principales que sont le passage à l'insulinothérapie et l'apparition de complications. En effet la plupart des patients interrogés traités uniquement par antidiabétiques oraux s'inquiètent de devoir passer à l'insulinothérapie un jour. Pour ces patients, l'insuline véhicule une image très négative et pessimiste et est généralement synonyme d'étape ultime dans l'évolution du diabète. L'apparition de complications est également l'objet de craintes importantes chez les patients interrogés qui souhaitent avoir plus d'information, notamment sur l'atteinte des membres inférieurs avec le risque d'amputation et l'atteinte ophtalmologique avec le risque de cécité.

Les conclusions de notre étude concernant le besoin de connaissance des patients diabétiques de type 2 sont également en accord avec les résultats de l'étude du Dr BELLIL réalisé en 2010 dans le cadre d'un travail de thèse ⁽³⁴⁾.

Il s'agissait d'une recherche qualitative dont l'objectif était de recueillir « *les attentes des patients diabétiques de type 2 vis-à-vis de la médecine de premier recours et des réseaux de santé.* ». Les résultats de cette étude montrent que les patients « *se disent insatisfaits de leur prise en charge. Ils déclarent ainsi regretter de ne pas connaître les mécanismes de la maladie, de ne pas en savoir plus sur l'alimentation adaptée à leur situation.* ».

Malgré ce besoin important de connaissances et d'information supplémentaires présent chez la plupart des patients interrogés, certains patients souhaitent, au contraire, ne pas en apprendre plus sur leur pathologie. Non pas parce qu'ils prétendent tout connaître mais parce qu'ils considèrent qu'en savoir plus pourrait engendrer des craintes qu'ils n'avaient pas jusqu'à présent. Selon eux l'information devrait être délivrée au fur et à mesure de l'évolution de la maladie et non par anticipation.

Nous pourrions considérer que cette réflexion reflète un certain déni de l'évolution de la maladie mais les patients ayant eu ce discours lors de nos entretiens étaient plutôt des patients bien informés sur leur diabète et acteurs de leur prise en charge. Il semble qu'il s'agit plutôt d'un mécanisme de défense visant à ne pas perturber le bon équilibre qu'ils ont acquis au quotidien.

4.3. Un accueil mitigé de l'éducation thérapeutique à Leuc

La plupart des patients interrogés ayant un besoin important d'information et de connaissances sur leur maladie, nous pouvions logiquement attendre un engouement important concernant la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique au sein de la MSP de Leuc.

En réalité cet accueil a été beaucoup plus mitigé avec seulement la moitié des patients intéressée par une participation à ce programme d'éducation thérapeutique.

Chez les patients intéressés la raison principale est l'envie de partager leur expérience avec d'autres patients lors des ateliers afin de confronter leur vécu de la maladie dans le but de répondre à leurs interrogations et leurs craintes. Certains considèrent que le fait d'obtenir des informations et des réponses par le biais d'expériences partagées au sein d'un groupe de patients atteints de la même maladie a beaucoup plus d'impact qu'une information délivrée en consultation par le médecin.

Malgré le manque de données dans la littérature concernant l'impact du groupe en éducation thérapeutique, de nombreuses expériences en psychologie sociale ont montré des bénéfices liés aux groupes dans le domaine du changement de comportement. Il s'avère qu'il est plus facile pour les individus de modifier leurs opinions et leurs comportements dans le cadre d'un groupe plutôt qu'en étant isolés. Dans la mesure où certains participants manifestent de nouvelles attitudes, les autres peuvent être entraînés ⁽³⁵⁾.

De même, dans l'étude de Cooper *et al.* ⁽³⁶⁾, les patients ont rapporté que les expériences vécues en groupe ont été importantes pour leur degré de satisfaction. La clé du succès réside pour eux dans l'empathie qu'apporte le groupe, lieu où expériences et sentiments sur le fait d'avoir un diabète peuvent être partagés.

L'étude de Mensing ⁽³⁷⁾, elle, conclue à une efficacité similaire entre groupe et entretien individuel sur l'acquisition de compétences mais confirme que le degré de satisfaction est plus important pour les patients qui participent à l'intervention en groupe.

A l'inverse, chez les patients qui ne sont pas intéressés par l'éducation thérapeutique à Leuc mais qui paradoxalement expriment un besoin d'information et de connaissances concernant leur maladie, trois raisons principales ont été évoquées.

Certains patients considèrent, tout d'abord, que l'éducation thérapeutique ne leur a pas été proposée au bon moment. Cette notion est très difficile à analyser et à interpréter car une partie des patients aurait souhaité que cette éducation se fasse dès le début de la maladie, mais à l'inverse l'autre partie estime que l'éducation thérapeutique n'a pas sa place initialement et qu'une information théorique sur le diabète est préférable au début. Ces derniers estiment qu'il faut d'abord avoir accepté la maladie pour pouvoir être réceptif à l'éducation thérapeutique.

Cette ambivalence est également bien présente dans l'étude du Dr BELLIL ⁽³⁴⁾ qui montre que les besoins des patients diabétiques de type 2 évoluent selon l'ancienneté de la maladie, son acceptation et l'apparition ou non de complications. Au début de la maladie, ils n'ont souvent aucune attente, puis lorsqu'ils acceptent la maladie, ils disent qu'ils auraient aimé que le médecin leur apporte plus tôt des connaissances sur la maladie, son évolution, sa gravité, et qu'il les aide à en prendre conscience. Une fois la maladie acceptée, ils attendent, plus que de l'information, un accompagnement au long terme pour gérer le traitement et mettre en œuvre des changements d'habitudes de vie.

Selon l'enquête Diabasis (Mosnier-Pudar *et al.*, 2009) ⁽³⁸⁾, le moment du diagnostic est également une période où les personnes diabétiques ressentent à la fois un besoin important et un manque d'information.

En outre, certains patients préfèrent s'informer et approfondir leur connaissances autrement que par le biais de l'éducation thérapeutique.

Il peut s'agir de renseignements récoltés personnellement via des recherches sur différents supports.

L'étude ENTRED ⁽¹⁷⁾ montre qu'un peu plus de la moitié des personnes diabétiques de type 2 s'est renseignée d'elle-même sur le diabète. Ces patients ont recours très majoritairement à des documents écrits.

Il peut également s'agir d'information reçue auprès de leur médecin traitant lors de consultations médicales classiques.

L'étude ENTRED ⁽¹⁷⁾ montre que le médecin est identifié comme la principale source d'information sur le diabète (chez 83 % des personnes diabétiques de type 2).

Enfin, certains patients ne souhaitent pas participer à des ateliers d'éducation collectifs car ils craignent d'être mal à l'aise. En effet même si les bénéfices du groupe dans l'acquisition de nouvelles compétences ont été prouvés, ce type de pratique collective peut être mal perçue et mal vécue par les patients mais également par les soignants. Ces derniers ont parfois du mal à animer un groupe et à en exploiter les ressources. De plus le groupe peut connaître des blocages, certains participants prenant trop de place, l'évocation de certains thèmes, comme les complications, pouvant être anxiogène et difficile à gérer.

C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'étude ENTRED ⁽¹⁷⁾ qui montre que les patients diabétiques de type 2 souhaitant bénéficier d'éducation thérapeutique solliciteraient en premier lieu des entretiens individuels, loin devant des séances collectives.

4.4. Comment expliquer cet accueil mitigé de l'ETP à Leuc ?

Ce qui ressort des entretiens et qui peut expliquer cet accueil mitigé est la méconnaissance des patients de ce qu'est réellement l'éducation thérapeutique.

Il s'agit pour eux d'un concept encore assez flou qui peut entraîner une confusion entre le rôle de leur médecin et celui de cette démarche éducative. Nous voyons en effet que les patients qui ne souhaitent pas participer à l'ETP pensent généralement qu'ils n'obtiendront pas de réponses précises et adaptées à leur situation en « discutant » dans un groupe de patient. Ils ne perçoivent pas l'impact que ces échanges peuvent avoir sur leur vision du diabète et leurs comportements. Ils recherchent d'avantage de l'information factuelle et scientifique.

Cette perception assez floue de ce qu'est réellement l'ETP ressort également de l'étude ENTRED ⁽¹⁷⁾ qui montre que seulement 17 % des patients diabétiques de type 2 interrogés déclarent avoir bénéficié d'un « complément au suivi médical habituel de leur diabète au cours des douze derniers mois », un tiers (34 %) répond n'en avoir pas bénéficié, mais surtout 43 % ne répondent pas à la question et 6 % déclarent ne pas savoir. Ce taux élevé de non réponse montre la difficulté à appréhender l'existence de ce « complément » éducatif, qui apparaît peut-être aux patients comme indissociable des soins, ou bien dont la possibilité reste méconnue. De plus les compléments dont ont bénéficié les personnes diabétiques de type 2 sont le plus souvent des entretiens individuels approfondis avec un médecin, consacrés à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien, ce qui renforce cette confusion entre consultation médicale classique et éducation thérapeutique.

La responsabilité de cette méconnaissance et de cette confusion incombe aux professionnels de santé qui doivent informer les patients diabétiques de type 2 de la possibilité de cette démarche éducative mais surtout en expliquer les principes et les objectifs.

Le problème est que, très souvent, les professionnels de santé eux-même ne savent pas ce qu'est réellement l'ETP.

Dans l'étude de BOURIT et DRAHI de 2007 ⁽³⁹⁾, 97 % des médecins généralistes disaient pratiquer l'éducation thérapeutique, mais les auteurs observaient que les médecins en avaient une définition renvoyant dans plus de la moitié des cas à un enseignement concernant les savoirs et beaucoup plus rarement à des apprentissages de savoir-faire, à un partenariat ou au renforcement de l'autonomie du patient vis-à-vis de la maladie.

Ce problème traduit le manque de formation des professionnels de santé à l'ETP, qui était également l'un des obstacles recueilli par le Dr SOUBAYA lors de sa thèse sur la mise en place d'un programme d'ETP au sein de la MSP de Leuc. ⁽¹⁹⁾

La MSP de Leuc a su répondre à cette difficulté grâce à la formation de 40 heures à l'ETP suivie par les 10 professionnels de la MSP mettant en oeuvre ce projet.

Parmi les autres freins à la mise en oeuvre d'une démarche éducative pour les patients diabétiques, l'étude Entred 2007 ⁽¹⁷⁾ met en évidence le manque de temps et le manque de professionnels et de structures relais. La thèse du Dr SOUBAYA ⁽¹⁹⁾ mettait

également en évidence un manque de temps de la part des professionnels de la MSP de Leuc.

La création d'une dynamique de travail en équipe composée de 10 professionnels de santé travaillant collectivement au sein d'une seule et même MSP ainsi que la mise en place de temps dédiés à l'éducation thérapeutique différents des temps de consultation de chaque professionnel de la MSP de Leuc ont permis de passer outre ces freins.

On constate donc que, au sein de la MSP de Leuc, des actions ont été mises en œuvre pour passer outre les freins relevés par le Dr SOUBAYA qui entravaient la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique. Les membres de la MSP ont réussi à créer un lieu favorable pour la création de ce projet.

Par conséquent, on peut logiquement espérer que l'accueil mitigé de ce programme d'ETP par les patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc ne soit que transitoire et lié à la nouveauté de ce projet, encore méconnu de la plupart d'entre eux. Il sera donc nécessaire et indispensable qu'une campagne pédagogique de valorisation et de promotion de ce programme soit réalisée au sein de la MSP de Leuc.

CONCLUSION

À travers cette étude, nous avons recueilli les attentes et les besoins des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc dans l'objectif d'adapter le contenu du programme d'éducation thérapeutique mis en place. Il en ressort un besoin relativement important d'information et de connaissances correspondant aux difficultés et aux craintes des patients diabétiques de type 2 au quotidien. Les principaux thèmes d'information attendus étant la gestion des règles hygiéno-diététiques, notamment l'alimentation, ainsi que les mécanismes du diabète et son évolution possible au cours du temps.

Malgré ce besoin d'information et de connaissances supplémentaires, l'accueil du programme d'éducation thérapeutique mis en place à la MSP de Leuc est plutôt mitigé puisque la moitié des patients ne souhaite pas y participer. La principale cause pouvant expliquer cet accueil est la méconnaissance de ce qu'est réellement l'éducation thérapeutique et ce en quoi elle consiste. Ces patients privilégient alors d'autres manières de s'informer et de répondre à leurs besoins notamment par le biais de la consultation médicale classique ou de recherches et d'apprentissage personnels de la maladie. Les soignants ont donc un rôle pédagogique primordial à jouer dans la valorisation et la promotion de cette démarche éducative auprès des patients afin qu'ils puissent l'appréhender au mieux.

L'autre cause permettant de mieux comprendre cet accueil mitigé est que les besoins des patients diabétiques de type 2 évoluent selon l'ancienneté de la maladie, son acceptation et l'apparition ou non de complications. En fonction de ces différents facteurs, les patients peuvent être plus ou moins réceptifs à cette démarche éducative. L'intérêt de recueillir les attentes et besoins des patients concernant leur pathologie avant de les intégrer à un programme d'éducation thérapeutique apparaît donc comme indispensable.

Afin de poursuivre ce travail, il serait intéressant d'évaluer l'impact à moyen et long terme de ce programme d'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie et les comportements des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc ainsi que sur leur vision et leur ressenti de la maladie.

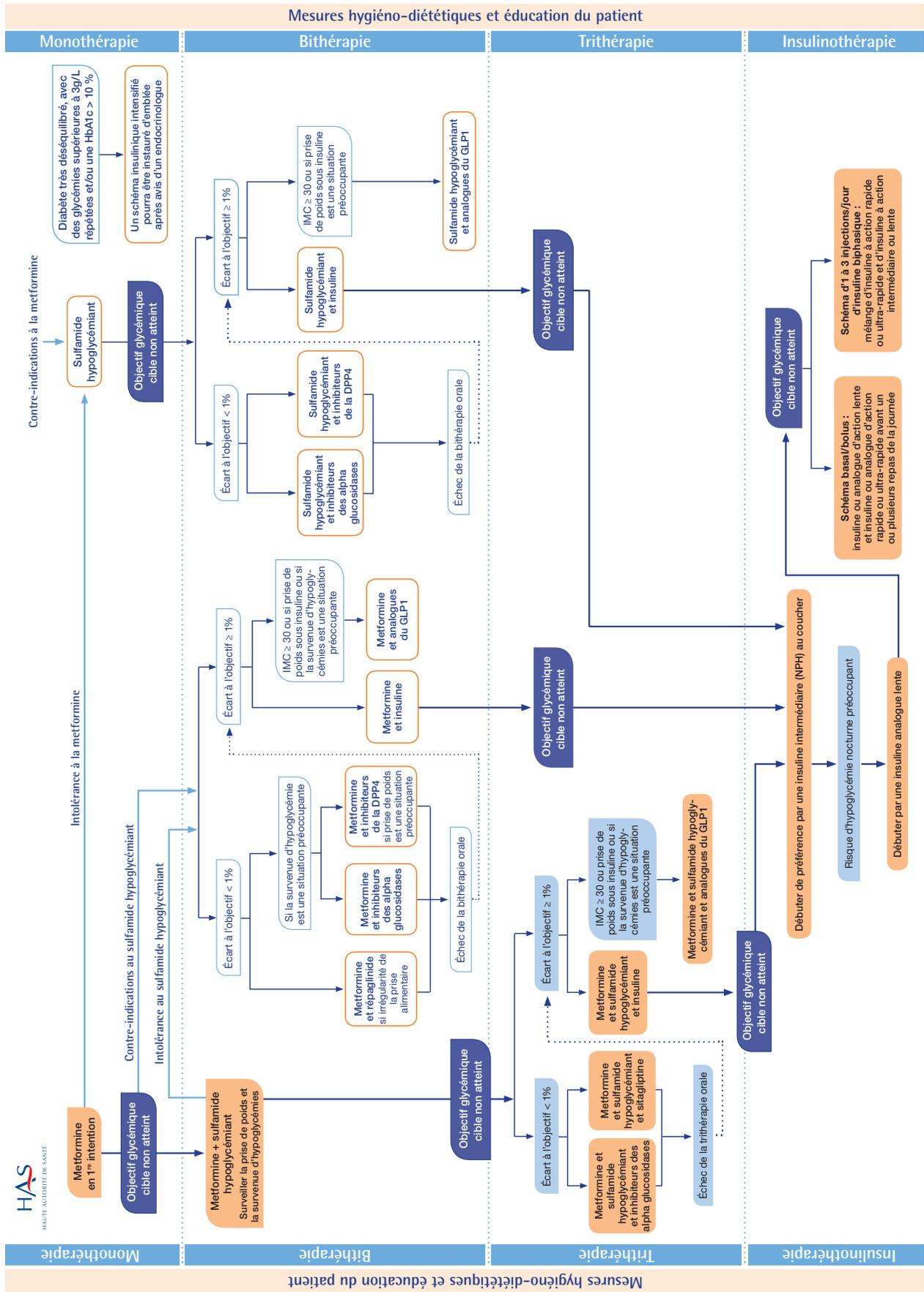
BIBLIOGRAPHIE

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Who Europe; 1998.
2. D'IVERNOIS J-F, GAGNAYRE R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Vigot. Paris; 1995. 155 p.
3. CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. nov 21, 1986.
4. 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 juillet, 2009.
5. HAS/INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques (Guide méthodologique). Juin 2007; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
6. HAUTE AUTORITE DE SANTE. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. 2007 nov.
7. SAOUT C., CHARBONNEL B., BERTRAND D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2008 sept. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
8. BOURDILLON F., COLLIN J-F., SFSP. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. Juin 2008;
9. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. 2014 janv. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
10. JACQUAT D. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne. Juin 2010;
11. AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE. Education Thérapeutique du Patient. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-8>
12. RICKHEIM PL., WEAVER TW., FLADER JL., KENDALL DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. 2002. (Diabetes care).
13. DEAKIN T., MCSHANE CE., CADE JE., WILLIAMS RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev; 2005.
14. TRENTO M., PASSERA P., BORGIO E., et al. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. 2004. (Diabetes care).

15. SARKADI A., ROSENQVIST U. Experience-based group education in type 2 diabetes: a randomised controlled trial. 2004. (Patient Educ Couns).
16. KO SH., SONG KH., KIM SR., et al. Long-term effects of a structured intensive diabetes education programme (SIDEPE) in patients with type 2 diabetes mellitus - a 4-year follow-up study. 2007. (Diabet Med).
17. FOURNIER C., CHABERT A., MOSNIER-PUDAR H., AUJOULAT I., FAGOT-CAMPAGNA A., GAUTIER A. Etude ENTRED 2007-2010; Résultats du module « information et éducation » [Internet]. 2011 Décembre. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapport-entred.pdf>
18. IREPS, CRGE. Rapport d'évaluation du dispositif EDUTHEP'LR [Internet]. 2010 Février. Disponible sur: <http://ddata.over-blog.com/2/42/32/99/Eduthep/rapport-d-evaluation-Eduthep-Lr-24-fevrier-2011.pdf>
19. SOUBAYA CAMATCHY ARIGUELOU S. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Leuc (11). 2012.
20. AUDIAB. Education thérapeutique [Internet]. Audiab diabétiques de type 2. [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.audiab.fr/bien-vivre-avec-son-diabete/>
21. FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES. Le diabète dans le monde [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/definition-diabete/chiffres-monde>
22. FÉDÉRATION FRANÇAISE DES DIABÉTIQUES. Les chiffres du diabète en France [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
23. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. Données de prévalence du diabète traité par département en 2015 [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
24. OMS. Mieux connaître le diabète [Internet]. Disponible sur: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/fr/
25. HARTEMANN A., GRIMALDI A. Guide pratique du diabète. Elsevier Masson. 2013. 285 p. (Médi-guides).
26. HAUTE AUTORITE DE SANTE. ALD n°8 - Diabète de type 2. 2014; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419389/fr/ald-n8-diabete-de-type-2
27. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-contrôle-glycemique-du-diabete-de-type-2

28. AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN L., LEHR-DRYLEWICZ A-M., IMBERT P., LETRILLIART L., et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer; 2008. 84 p.
29. FRAPPÉ P. Initiation à la recherche (Association française des jeunes chercheurs en médecine générale). GMSanté & CNGE; 2011.
30. PAILLÉ P., MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.
31. TOUBOUL P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. 2013; Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
32. PAILLÉ P. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante: douze devis méthodologiques exemplaires. Rech Qual. 2007.
33. GIRAUDET J.-S. Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient. mai 2006;(151). Disponible sur: http://www.asso-e3m.fr/wp-content/uploads/2016/05/nat_fmcc_annonce_maladie-chronique.pdf
34. BELLIL D. Les attentes des patients diabétiques de type 2 vis-à-vis de la médecine de premier recours et des réseaux de santé. Université François Rabelais, Tours; 2010.
35. LACROIX A., ASSAL JP. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique (2ème édition complétée). Maloine. Paris; 2003.
36. COOPER HC., BOOTH K, GILL G. Patient's perspectives on diabetes health care education. 2003 p. 191-206. (Health Educ Res).
37. MENSING CR., NORRIS SL. Group education in diabetes: effectiveness and implementation. 2003. (Diabetes spectrum).
38. MOSNIER-PUDAR et al. Enquête Diabasis : comment le patient diabétique perçoit son traitement et son suivi ? 2009.
39. BOURIT O., DRAHI E. Éducation thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. 2007 p. 229-34. (Médecine).

ANNEXE : ALGORYTHME THÉRAPEUTIQUE : DIABÈTE DE TYPE 2



ANNEXE : OBJECTIFS GLYCÉMIQUES SELON LE PROFIL DU PATIENT

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % ¹
	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> ■ avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) ■ ou avec des complications macrovasculaires évoluées ■ ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères 	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : <ul style="list-style-type: none"> ■ infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque ■ atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritrunculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) ■ atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) ■ artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique ■ accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois) 	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A ² et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures

¹ Sous réserve d'être atteint par la mise en œuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-diététiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (metformine, voire inhibiteurs des alphaglucosidases)

² Stades 3A : DFG entre 45 et 59 ml/min/1,73 m², 3B : DFG entre 30 et 44 ml/min/1,73 m², stades 4 : entre 15 et 29 ml/min/1,73 m² et 5 : < 15 ml/min/1,73 m²

ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

A. Introduction

« Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Je m'appelle Bastien COCO, je suis interne en médecine générale et je vous ai proposé, dans le cadre de mon travail de thèse, de prendre part à un entretien qui a pour but de recueillir votre vécu et vos besoins concernant le diabète. Ce recueil nous servira à mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique au sein de la maison de santé de Leuc permettant aux patients diabétiques de partager leur vécu de la maladie et d'obtenir des réponses à leurs questions et besoins.

Vous verrez, je vais vous poser plusieurs questions ouvertes, vous êtes libre d'y répondre ou pas. Je vous rassure il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous êtes libre de dire ce que vous voulez, c'est votre propre expérience du diabète qui m'intéresse. Vous êtes également libre d'arrêter l'entretien quand vous le voulez.

La discussion durera entre trente minutes et une heure et sera, si vous y consentez, enregistrée afin de retranscrire au mieux vos propos.

En préambule j'aimerais juste vous poser quelques questions rapides vous concernant afin de mieux faire connaissance avant de débiter notre entretien.

Evidemment, durant la totalité de l'entretien, l'anonymat sera respecté. »

B. Questionnaire de données quantitatives (disponible en annexe)

C. Discussion

1. Que représente pour vous le diabète ? C'est quoi pour vous le diabète ?
2. Comment vivez-vous avec votre diabète au quotidien ? Quelle est l'importance de votre diabète dans votre vie quotidienne ? Est-ce une contrainte ou pas ?
3. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez actuellement avec votre diabète ?
 - Au niveau de l'alimentation ?
 - Au niveau de votre traitement ?
 - Vis à vis de vos complications liées au diabète ?
4. Quelles craintes avez-vous concernant votre diabète ?
 - Concernant l'évolution de la maladie,
 - l'apparition possible de complications,
 - ou l'intensification de votre traitement.
5. Quelles sont les choses que vous souhaiteriez mieux connaître ou comprendre concernant votre diabète ?
6. Pour terminer, seriez-vous intéressé pour participer à des ateliers d'éducation thérapeutique au sein de la maison de santé de Leuc ?
 - Si non, pour quelles raisons ?

ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE DONNÉES QUANTITATIVES

1. *Etes-vous :*

- Un homme
- Une femme

2. *Quel âge avez-vous ?*

- Moins de 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Entre 60 et 70 ans
- Plus de 70 ans.

3. *Depuis quand êtes-vous diabétique ?*

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans.

4. *Quel est votre type de traitement ?*

- Aucun
- Antidiabétiques oraux (comprimé(s))
- Insuline

5. *Etes-vous suivi par :*

- Votre médecin généraliste
- Un(e) endocrinologue
- Les deux

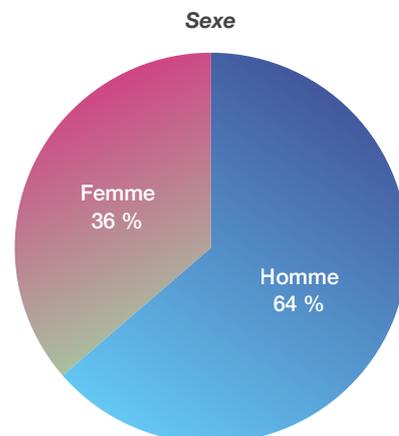
6. *Avez-vous déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique auparavant ?*

- Oui
- Non

ANNEXE : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS

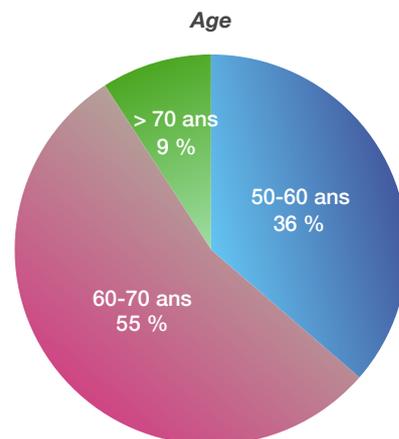
Sexe

Homme	7
Femme	4



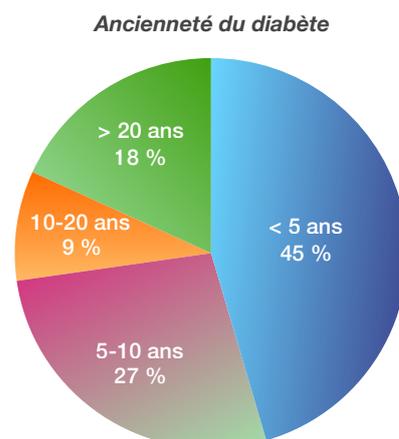
Age

Moins de 50 ans	0
Entre 50 et 60 ans	4
Entre 60 et 70 ans	6
Plus de 70 ans	1



Ancienneté du diabète

Moins de 5 ans	5
Entre 5 et 10 ans	3
Entre 10 et 20 ans	1
Plus de 20 ans	2

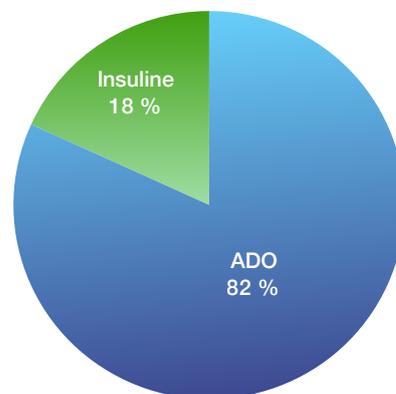


ANNEXE : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS INTERROGÉS (SUITE)

Type de traitement

Aucun	0
Antidiabétiques oraux (ADO)	9
Insuline	2

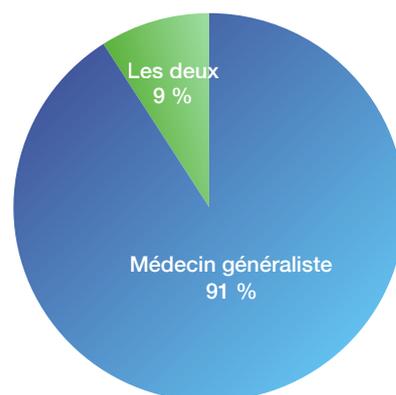
Type de traitement



Suivi par

Médecin généraliste	10
Endocrinologue	0
Les deux	1

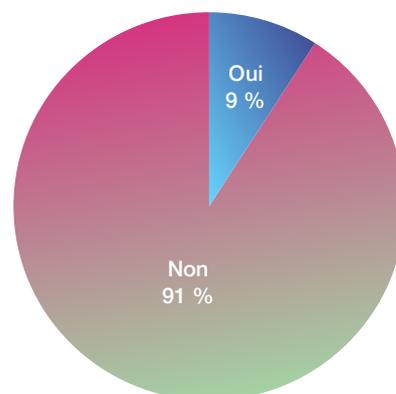
Suivi par



Participation antérieure à un programme d'ETP

Oui	1
Non	10

Participation antérieure à un programme d'ETP



SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUMÉ

Introduction :

Un programme d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 va être mis en place au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Leuc.

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les différentes attentes et besoins des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc avant le début du programme afin de pouvoir adapter au mieux son contenu. L'objectif secondaire était de montrer que ce projet était bien accueilli par les patients de la MSP de Leuc.

Méthode :

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée sur des patients diabétiques de type 2 volontaires de la MSP de Leuc.

Résultats :

11 entretiens ont été réalisés. Pour la plupart, les patients interrogés expriment un besoin d'information et de connaissances concernant leur pathologie. Les principaux thèmes d'information souhaités étant la gestion des règles hygiéno-diététiques et notamment de l'alimentation, les mécanismes et la physiopathologie du diabète, ainsi que l'évolution du diabète dans le temps et ses complications. Ces différents thèmes sont en réalité liés aux difficultés et aux craintes que ressentent les patients au quotidien. Malgré cela, la moitié des patients interrogés ne souhaite pas participer au programme d'éducation thérapeutique mis en place au sein de la MSP de Leuc. La méconnaissance de ce type de démarche éducative en est la principale cause.

Conclusion :

Malgré des besoins importants d'information et de connaissances sur le diabète, l'accueil d'un programme d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 de la MSP de Leuc est mitigé. Une campagne pédagogique de valorisation et de promotion de ce programme auprès des patients semble indispensable pour améliorer cet accueil.

Mots-clés : éducation thérapeutique du patient (ETP) — Diabète de type 2 — Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) — Besoins et attentes des patients diabétiques de type 2