



Université de Lille
Année Universitaire 2024/2025

UFR3S-Pharmacie

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 27 octobre 2025
Par Mme HADDACH Sofia**

**SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À L'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2**

Membres du jury :

Président : BROUSSEAU Thierry, Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH), Faculté de Pharmacie de Lille

Assesseur(s) : DINE Thierry, Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH), Faculté de Pharmacie de Lille

Membre(s) extérieur(s) : MARION Camille, Pharmacien Industrie - Cheffe de Gammes Senior, Laboratoire CCD Paris

**SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À L'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2**

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86

M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86

M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais

M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique



UFR3S-PHARMACIE

**L'UNIVERSITE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES ; CELLES-CI SONT PROPRES A LEURS
AUTEURS.**



REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à adresser mes sincères remerciements à mon directeur de thèse, le Pr Thierry Dine, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail. Je remercie également mon président de thèse, le Pr Brousseau, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider mon jury.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à mes parents. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de ma vie, pour votre soutien indéfectible, votre accompagnement constant et les nombreux sacrifices consentis afin que nous ne manquions jamais de rien et que je puisse poursuivre mes études sereinement. Je souhaite également rendre un hommage particulier à mon papa, qui nous a quittés en 2021 des suites des complications de son diabète. Sa force, son courage et son amour continuent de m'accompagner chaque jour dans mon parcours.

Je remercie de tout cœur mes sœurs, piliers de ma vie et soutien de toujours. Sans vous, je n'aurais probablement jamais réussi le concours de première année. Merci pour les fous rires, les larmes, les engueulades aussi... qui, au fond, ont toujours renforcé nos liens.

À ma meilleure amie Gwendoline, un merci infini. Depuis 12 ans, tu es bien plus qu'une amie : une véritable sœur de cœur. Merci pour ton écoute, ton soutien sans faille et ta présence à chaque étape importante de ma vie.

Je voudrais également adresser ma gratitude aux *Flots Bleus*, rencontrées dès ma première année de PACES. Certaines d'entre vous m'accompagnent depuis le tout début, et vous avez rendu mes études plus belles, plus douces, plus drôles, jusqu'au bout. Aujourd'hui encore, vous continuez à illuminer ma vie.

Je tiens aussi à remercier mes amis de Master, rencontrés en dernière année d'études. En peu de temps, vous avez pris une place précieuse dans ma vie et m'avez permis de terminer ce parcours dans la joie et la complicité. Même si la distance s'est installée, je vous garde tous près de mon cœur. Parmi vous, une étoile brille particulièrement : Camille. Membre de mon jury mais surtout devenue un véritable pilier de ma vie, ta présence et ton amitié sont pour moi inestimables.

Enfin, je souhaite remercier de tout cœur mon fiancé Antoine, à mes côtés depuis 2017. Merci pour ton amour, ta patience et ton soutien de chaque instant. Merci de m'avoir encouragée dans les moments de doute et d'avoir partagé toutes les étapes de ce long chemin.

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	17
A.	Le Diabète de Type 2	19
1.	Définition.....	19
2.	Physiopathologie	23
3.	Les enjeux cliniques d'une prise en charge adaptée du patient DT2.....	26
B.	L'éducation thérapeutique patient et les patients diabétiques de type II : une approche centrée sur le patient	30
1.	Définition de l'Education Thérapeutique Patient	31
2.	Les conditions d'élaboration d'un programme d'ETP.....	33
3.	Recommandations de la Haute Autorité de Santé	36
4.	Mise en place de l'ETP dans le cadre d'un DT2	37
5.	Efficacité clinique	38
6.	Enjeux.....	39
7.	Acteurs impliqués	42
C.	Rôles et implications des professionnels de santé dans l'éducation thérapeutique patient chez les patients diabétiques de type 2	43
1.	Accompagner le patient diabétique de type 2.....	43
2.	Relation patient / professionnel de santé : une alliance thérapeutique	48
3.	La place des professionnels dans les programmes d'ETP	49
4.	Les attentes des professionnels de santé de l'ETP	51
5.	Améliorer la connaissance de l'éducation thérapeutique patient auprès des professionnels de santé.....	51
6.	Perspectives d'évolution	53
7.	Conclusion.....	55
II.	MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE RÉALISÉE	57
A.	Type de l'étude	57
1.	L'étude qualitative	57
2.	L'entretien semi directif	58
B.	Constitution de l'échantillon	60
C.	Passation des entretiens	61
D.	Stratégie d'analyse	62
III.	RÉSULTATS	62
A.	Les catégories identifiées	62
B.	Analyse des entretiens patients	63
1.	Etape 1, l'annonce de la pathologie	63
2.	Etape 2, la prise en charge par les professionnels de santé.....	64

3.	Etape 3, impact de la pathologie sur la vie du patient.....	65
4.	Etape 4, l'éducation thérapeutique patient.....	67
C.	Analyse des entretiens professionnels de santé.....	69
1.	Etape 1, la consultation médicale	69
2.	Etape 2 : place de l'ETP au cours de la consultation médicale	70
IV.	DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	72
A.	Discussion.....	72
B.	Auto-critique	73
V.	CONCLUSION.....	74
	ANNEXES	76
A.	Entretien patient.....	76
B.	Entretien expert.....	78
C.	Tableau d'analyse résumé	79
D.	Tableau d'analyse résumé – experts	81

Liste des figures

Figure 1 : Représentation schématique des organes impliqués dans la digestion.....	21
Figure 2 : Evolution des perceptions du rôle soignant suite à la formation	52
Figure 3 : Flyer promotion ETP à destination des professionnels de santé	53

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, en France, bien que l'espérance de vie soit en augmentation, l'espérance de vie en bonne santé, elle, a plutôt tendance à stagner. Cette évolution traduit la progression des maladies chroniques et notamment de leur incidence (1).

Le constat est flagrant, aujourd'hui, près d'un français sur quatre est touché par une maladie chronique. La prise en charge de ces patients constitue un vrai défi pour le système de santé, tant au niveau de l'organisation des soins que de son financement.

La dynamique de la prise en charge de notre santé a dû s'adapter, les maladies chroniques imposent de créer un nouveau fonctionnement dans la prise en charge qui reposerait sur la prévention individuelle où le patient, acteur central de sa maladie, doit devenir actif et adopter de nouveaux comportements (1).

L'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques nécessite une gamme d'actes variés, passant tout d'abord par les soins de base comme l'alimentation, l'hygiène et les soins du corps. Les soins techniques permettent quant à eux de limiter l'évolution de la pathologie ainsi que ses complications (1).

Il existe de nombreuses pathologies chroniques qui nécessitent un accompagnement adapté. Selon un rapport de la Haute Autorité de Santé, ou HAS, de 2018, on peut par exemple citer les maladies cardiovasculaires. Certains cancers, notamment du cerveau sont considérés comme pathologie chronique. On peut citer également les maladies respiratoires et ORL, les maladies digestives et rhumatologiques. L'ensemble de ces pathologies, qui requièrent un suivi quotidien et adapté, peuvent nécessiter une prise en charge extérieure aux professionnels de santé. En effet, les soins relationnels et éducatifs sont plus orientés sur l'autonomie du patient et de sa relation soigné-soignant. Pour renforcer cette alliance thérapeutique, l'Education Thérapeutique Patient, ou ETP, permet aux patients d'acquérir les compétences nécessaires afin de gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (2). Il est clair que ces programmes sont alors adaptés à chaque pathologie et chaque type d'accompagnement, ce qui représente un réel enjeu quant à la réalisation et l'application sur le terrain de ces programmes. Pour les maladies cardiovasculaires par exemple, un programme d'ETP va être axé sur la maîtrise et la reconnaissance des signes d'alertes d'un éventuel évènement cardiaque, et une sensibilisation aux

gestes qui sauvent (3). Tandis que pour une pathologie rhumatologique, un programme d'ETP consiste à soulager les symptômes par différents exercices et acte de prévention, ainsi qu'à impliquer son entourage sur les répercussions qui vont découler de la maladie (4). En plus des maladies chroniques, les programmes d'ETP sont proposés pour d'autres types d'atteintes, notamment pour les maladies et les troubles mentaux entraînant une dépendance (5).

Ces programmes consistent à un accompagnement à la fois dans le traitement et le mode de vie, sensibilisant également l'entourage du patient, associé à un suivi régulier par des psychologues.

Les programmes d'ETP restent néanmoins majoritairement appliqués en contexte de pathologies chroniques, citées ci-dessus.

La maladie chronique la plus répandue est le diabète de type II (6). La prévalence du diabète de type II a beaucoup augmenté ces dernières années ; il est d'ailleurs estimé qu'environ 30% des adultes diabétiques ne sont pas diagnostiqués (7). Cette maladie correspond à un excès de glucose dans le sang, ou hyperglycémie, provenant d'une baisse de sensibilité des cellules (du foie, du muscle et du tissu adipeux) à l'insuline. De ce fait, de nombreux organes sont affectés, ce qui rend la maladie compliquée à gérer (8).

Il est à noter que le diabète de type II est souvent associé à d'autres pathologies, pouvant être aussi chroniques et justifiant d'autant plus la prise en charge via l'ETP. En effet près de 80 % des patients obèses sont diabétiques de type II (9). Aussi, ces patients auront alors un risque plus élevé de développer par la suite des maladies comme le cancer, des atteintes rétinienne, cardiaques ou encore respiratoires, entraînant une perte d'autonomie et donc étant clairement adaptées à la participation à un programme d'ETP (9).

Le patient diabétique de type 2 se sent souvent démuni face à ses traitements et son changement de mode de vie. Il est accompagné par de nombreux professionnels de santé, son suivi nécessite une coopération entre les différents acteurs impliqués : médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, podologues, etc.

Dans le cadre de cette thèse, nous allons tenter de comprendre quels peuvent être les liens bénéfiques ou non pour le patient, entre la participation à un programme d'ETP et le parcours de soin du patient diabétique.

Pour que ce lien puisse être fait, nous allons tenter de répondre à la problématique suivante : **dans quelle mesure les professionnels de santé peuvent-ils impacter le parcours de soin des diabétiques de type 2 par l'ETP ?**

A. Le Diabète de Type 2

1. Définition

Le Diabète de Type 2, ou DT2, aussi appelé diabète non insulino-dépendant est une maladie chronique. Elle résulte d'une perte de fonctionnalités des cellules β des îlots de Langerhans du pancréas, cellules endocriniennes qui produisent l'insuline et le glucagon, deux hormones glycémiantes (10).

Si l'insuline est produite en quantité insuffisante ou si elle est inefficace, le sucre s'accumule dans le sang excessivement ; c'est ce qu'on appelle l'hyperglycémie. En l'absence de traitement et de changement de mode vie, l'hyperglycémie sera maintenue à un niveau trop élevé, résultant en une atteinte chronique qui définit le diabète.

Cette maladie chronique apparaît chez des adultes d'un âge plus avancé, même si on observe aujourd'hui une progression vers une population de plus en plus jeune avec de nombreux cas d'adolescents et de jeunes adultes (11).

Le développement du DT2 passe longtemps inaperçu, car il est le plus souvent asymptomatique. Il s'écoule environ entre 5 à 10 ans entre le diagnostic et l'apparition des premières hyperglycémies, une fois les complications déjà présentes.

1.1. Assimilation des sucres

La compréhension de l'assimilation, la digestion et l'absorption des sucres, ou glucides, permet d'améliorer les conseils diététiques aux patients diabétiques afin d'apporter une certaine flexibilité à leur régime alimentaire (10).

C'est au cours de la digestion, que les glucides contenus dans les aliments sont transformés en partie, en glucose. On retrouve plusieurs types de sucres :

- Les sucres simples aussi appelés « sucres rapides » ou monosaccharides (comme le fructose, galactose et glucose) sont très rapidement digérés. Ils apportent du glucose qui peut être immédiatement utilisé par l'organisme. Ce sont eux qui sont à l'origine des pics glycémiques (augmentation rapide de la glycémie) et peuvent engendrer des désordres métaboliques. On peut citer notamment les confiseries, les sucres de tables, les produits et boissons sucrés.
- Les sucres complexes aussi appelés « sucres lents » parce qu'ils sont lentement digérés. Ils sont composés de plusieurs unités de sucre simple et auront besoin d'être découpés par des enzymes avant d'être absorbés. Ces glucides correspondent aux céréales, riz, pâtes, pomme de terre, légumineuses, etc. Ils libèrent progressivement de l'énergie et n'engendrent pas de pic glycémique.

Certains glucides ne vont pas être assimilés par l'organisme et donc ne participent pas à l'apport énergétique. Ce sont les fibres, qui néanmoins vont aider au bon transit intestinal.

La digestion des glucides passe d'abord par la bouche, par l'amylase salivaire qui va décomposer les glucides complexes (tels que l'amidon) en sucres plus simples, de quelques unités (12).

La digestion se poursuit dans l'intestin grêle, grâce à une autre enzyme : l'amylase pancréatique. Cette dernière est plus puissante que l'amylase salivaire et permet de dégrader les sucres en encore plus petites unités. Les sucres simples obtenus pourront être capables d'entrer à l'intérieur des cellules intestinales et de rejoindre la circulation sanguine. La concentration moyenne de la glycémie est de l'ordre de 1g/L de sang. Même si elle peut varier au cours de la journée, sa valeur est maintenue à ce niveau grâce à l'intervention de mécanismes permettant le stockage et le déstockage du glucose.

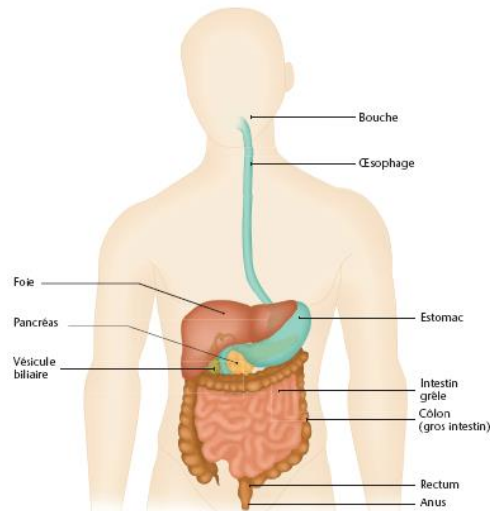


Figure 1 : Représentation schématique des organes impliqués dans la digestion (13)

La part des glucides représente 45 à 50% de l'apport énergétique total dans notre alimentation. Le cerveau utilise du glucose en continuité et indépendamment de la régulation hormonale. D'autres organes tels que les muscles et le tissu adipeux font varier leur consommation de glucose en fonction de l'effort physique.

Chez les personnes diabétiques, les aliments sucrés sont autorisés, mais de préférence en fin de repas.

1.2. Différences avec le diabète de type I

Le diabète de type I ou DT1, aussi appelé diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile, est dû à une déficience concernant la production de l'insuline. Il se caractérise par l'absence totale de la production de l'hormone, entraînant une élévation de la concentration de glucose sanguin de manière prolongée dans le temps. Cette absence de production est causée par le dysfonctionnement de cellules du système immunitaire (lymphocytes T) qui vont s'attaquer aux cellules β du pancréas, entraînant la destruction de ces cellules. Le DT1 est donc une maladie auto-immune qui est détectable par la présence d'autoanticorps (13).

Les symptômes apparaissent progressivement et une fois que toutes les cellules productrices d'insulines sont détruites ils s'intensifient pour aboutir au diabète. Ce processus peut prendre plusieurs années.

Ce type de diabète apparaît chez les personnes de moins de 20 ans ; la plupart du temps, cependant au fil des années on se rend compte qu'il peut survenir bien après. La personne vivant avec le DT1 dépend d'injections quotidiennes d'insuline pour assurer sa survie (14).

1.3. Epidémiologie

Le diabète de type 2 se manifeste après 40 ans et est diagnostiquée à un âge proche de 65 ans. Toutefois, on remarque que de plus en plus de jeunes, enfants et adolescents sont touchés par une hyperglycémie chronique (11).

Le DT2 touche 90 % de la population diabétique totale (15). La prévalence du DT2 en France est de l'ordre de 5,6% de la population, donc environ 3,8 millions de personnes (15).

Ce chiffre est en constante augmentation depuis 2015. On observe un accroissement annuel d'environ 6% du nombre de diabétiques par an. L'incidence est maximale entre 75 et 79 ans avec 14% de femmes et 20 % des hommes traités pour le DT2 (17).

Le nombre de décès accordé à un DT2 est difficile à évaluer ; cependant on évalue ce nombre entre 35 000 et 50 000 morts par an(18).

1.4. Facteurs de risque

Le principal facteur de risque du DT2 reste l'hygiène de vie. La sédentarité combinée à une alimentation trop grasse et trop sucrée mène au surpoids puis à l'obésité, elle-même facteur de risque du diabète. La surconsommation de sodas et autres boissons sucrées chez les enfants, ainsi que le manque d'activité laissant place aux loisirs des écrans, entraîne dans cette population une augmentation de cas de diabètes. En effet, c'est durant l'enfance et l'adolescence que les habitudes alimentaires et la pratique d'une activité physique régulière s'acquièrent (19).

Aussi, une origine génétique est un facteur familial prépondérant : on retrouve très souvent des antécédents de diabète dans la famille.

Certains médicaments, tels que les neuroleptiques, peuvent aussi participer, dans certains cas, au déclenchement d'un DT2 (17).

2. Physiopathologie

2.1. Insuline, l'hormone hypoglycémiante

L'insuline est fabriquée les cellules β des îlots de Langerhans du pancréas et est présente en permanence dans le sang.

L'insuline est une hormone hypoglycémiante, ce qui signifie que lorsque le taux de sucre s'élève dans le sang, en post-prandiale par exemple, l'insuline permet de le ramener à un niveau normal, donc de maintenir la glycémie sanguine à 1 g/l (20).

De plus, l'hormone permet aux cellules de l'organisme de capter le sucre circulant dans le sang en fonction de leurs besoins et de l'utiliser pour faire de l'énergie ; le glucose entre dans les cellules telles que les hépatocytes (cellules du foie), les cellules musculaires et les cellules graisseuses ou adipocytes. Dans le foie et les cellules graisseuses, elle permet le stockage du sucre qui est non utilisé (14).

Si l'insuline est absente, l'organisme ne peut plus stocker de sucre. Ce qui entraîne un risque majeur d'hyperglycémie en post-prandial (à la suite d'une prise alimentaire).

En l'absence de glucose pour alimenter les organes tels que le cerveau et le cœur, l'organisme utilise des graisses stockées pour produire de l'énergie ; ces graisses sont les corps cétoniques. La production de ces substances énergétiques est normale à jeun, ou à la suite d'un effort physique. Leur accumulation dans le sang est cependant toxique pour l'organisme : on parle d'acidocétose diabétique. On la reconnaît par ses symptômes qui sont une soif intense, des urines abondantes et fréquentes, des crampes au cours de la nuit, une perte de poids rapide et un essoufflement pour le moindre effort. On remarque chez les patients une perte d'appétit ; elle provoque très souvent des nausées, vomissements et maux de ventre intenses et peut conduire à un coma. Quand l'acidocétose est présente depuis plusieurs semaines voire plusieurs

mois, la respiration s'accélère et l'haleine des patients a une odeur d'acétone, déjà décrit au XVIIIème siècle comme une odeur de « pomme pourrie ». L'acidocétose diabétique est une urgence médicale qui nécessite une hospitalisation.

Le développement du DT2 se fait schématiquement selon 3 phases : l'insulinorésistance, l'hyperinsulinisme (du fait de l'adaptation du pancréas à la demande accrue d'insuline à la suite de l'insulinorésistance) et l'insulinodéficience (21).

L'insulinorésistance se manifeste par une réduction de la réponse des cellules musculaires, hépatiques et adipocytes à l'insuline. Cette situation limite l'entrée du glucose dans les cellules, ce qui incite le pancréas à réagir en augmentant sa production d'insuline. Bien que ce mécanisme entraîne une hyperinsulinémie, les taux de glucose dans le sang demeurent généralement normaux dans un premier temps (21).

Plusieurs facteurs contribuent à l'insulinorésistance, notamment un surpoids, surtout au niveau abdominal, une consommation élevée de sucres et de graisses, un mode de vie peu actif, ainsi qu'un héritage génétique favorable (21).

La phase suivante, appelée hyperinsulinisme compensatoire, est caractérisée par une élévation de la sécrétion d'insuline par le pancréas pour faire face à cette résistance. Lorsque cette adaptation reste efficace, les niveaux de sucre dans le sang peuvent rester dans des plages normales ; cependant, avec le temps, les cellules bêta du pancréas commencent à se fatiguer, entraînant une baisse de la production d'insuline (21).

Ensuite, la phase d'insulinodéficience relative se produit, marquée par l'affaiblissement et la mort progressive des cellules bêta. À ce stade, la quantité d'insuline produite devient insuffisante pour gérer correctement la glycémie, ce qui provoque une élévation chronique des niveaux de glucose, indicative d'un diabète de type 2 établi (21).

D'un point de vue métabolique, la combinaison d'une insuffisance relative en insuline et de la résistance des tissus entraîne plusieurs troubles. Dans le foie, une production

excessive de glucose contribue à l'hyperglycémie à jeun. Au sein des muscles, l'utilisation de glucose est réduite, provoquant fatigue et perte de masse musculaire. Parallèlement, dans le tissu adipeux, la libération accrue d'acides gras renforce la résistance à l'insuline. Ce cycle vicieux maintient l'hyperglycémie, posant ainsi de réels défis à la prise en charge de cette maladie (21).

2.2. Symptômes

Les symptômes du DT2 sont discrets et peuvent survenir lentement au fil des années. Le diagnostic est confirmé par une prise de sang. Quand la maladie progresse, les symptômes suivants peuvent apparaître (22) :

- Fatigue
- Pollakiurie : besoins fréquents d'uriner
- Augmentation de la soif et de la faim
- Démangeaisons car la peau est sèche
- Troubles de la vision
- Cicatrisation lente
- Infections fréquentes : des gencives, de la vessie et des appareils génitaux
- Troubles de l'érection
- Insensibilité des mains et pieds

Au long terme, les symptômes peuvent s'intensifier et les difficultés à cicatriser peuvent par exemple entraîner des nécroses de la partie du corps touchée pouvant aboutir à une amputation. De plus, les organes peuvent s'affaiblir et laisser place à des insuffisances rénales (aigües dans un premier temps puis chroniques) et/ou des insuffisances cardiaques pouvant aboutir à un infarctus ou même des accidents vasculaires cérébraux, ou AVC (21).

3. Les enjeux cliniques d'une prise en charge adaptée du patient diabétique de type 2

3.1. Dépistage et diagnostic

Les patients en phase de « prédiabète » n'ont généralement aucun signe clinique pendant plusieurs années. De ce fait, l'hyperglycémie est déjà installée depuis longtemps lorsque la prise en charge débute, l'âge moyen étant de 65 ans en France.

L'examen de diagnostic passe par un dosage sanguin de la glycémie. Le diabète est avéré lorsque la glycémie sanguine (20):

- à jeun est égale ou supérieure à 1.26g/l lors de deux dosages successifs
- ou égale ou supérieure à 2 g/l n'importe quand dans la journée.

D'autres critères comme la glycémie post-prandiale, le taux d'hémoglobine glyquée ou HbA1c, et la glycémie provoquée peuvent confirmer ou amener une précision au diagnostic.

La prise de sang peut aussi fréquemment révéler un taux sanguin élevé de triglycérides et un taux de « bon » cholestérol ou cholestérol HDL inférieur à la normal. De plus, il est souvent observé une élévation anormale de la tension, ou pression sanguine (14).

3.2. Traitement

Le traitement repose premièrement, sur des mesures hygiéno-diététiques qui passent par :

- une alimentation équilibrée
- la pratique d'une activité physique régulière
- une perte de poids quand elle est nécessaire

Si on trouve un équilibre, ces mesures peuvent être suffisantes pour contrôler la glycémie. Cependant, la plupart du temps, ces changements souvent considérés comme « radicaux » chez les patients sont difficiles à mettre en œuvre (23).

Dans ce cas, il faudra rajouter un traitement par anti-diabétique oral afin de normaliser la glycémie. On retrouve plusieurs médicaments de classes thérapeutiques différentes fondées sur des mécanismes d'action différents.

En première intention, le professionnel de santé prescrit dans la plupart du temps des médicaments **améliorant la sensibilité à l'insuline**, les **biguanides**, comme la **Metformine** (générique du Glucophage).

En deuxième intention, d'autres options médicamenteuses sont envisageables :

- Médicaments **contre l'insulino-résistance** : les **sulfamides hypoglycémiants et glinides** qui stimulent le pancréas pour que l'organe produise de l'insuline. Leur principal effet secondaire est le risque d'hypoglycémie. Les glinides, ayant une durée d'action courte, doivent être pris juste avant les repas.
- Médicaments qui agissent sur la **réduction de l'absorption des sucres** : les **inhibiteurs des alpha-glucosidases** permettant de retarder l'absorption des glucides en post-prandial doivent être pris au début des repas, souvent en association avec d'autres antidiabétiques, ou seuls en cas d'intolérance à la metformine.

D'autres possibilités comme les agonistes du récepteur du glucagon-like peptide-A (GLP1), les inhibiteurs de la dipeptidyl-peptidase-4, ou DDP-4 (gliptines), et les gliflozines (inhibiteurs SGLT2) seront pris en compte en fonction du profil (antécédents, facteurs de risque) du patient (24).

Le DT2 étant une maladie évolutive, les traitements devront être augmentés progressivement ; on parle d'escalade thérapeutique.

Malgré ces traitements, l'insulinothérapie (injections d'insuline) pourra faire partie de l'arsenal thérapeutique du patient en cas d'hyperglycémie non contrôlée. Il existe une variété d'insuline, à action lente, intermédiaire ou prolongée (24).

Comme le souligne Dr Paloma Almeda Valdès, endocrinologue à l'Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán au Mexique, au cours de ces trente

dernières années, il y a eu plusieurs avancées majeures dans le développement de l'insulinothérapie. Par exemple les analogues de longue et courte durée d'action, permettant un traitement plus flexible. Mais aussi les stylos qui participent à faciliter l'injection de l'insuline à des horaires flexibles, améliorant ainsi la qualité de vie (25). De plus, depuis le 22 janvier 2022, le pancréas artificiel, grande innovation de 2019, est commercialisé et remboursé en France. Il s'agit d'un dispositif externe posé contre le derme qui va délivrer de manière automatique de l'insuline dans le sang. Ce capteur va mesurer en continu le taux de sucre et transmettre les informations à une pompe dotée d'un algorithme capable de calculer, seule, les doses d'insuline nécessaires pour maintenir un taux de sucre souhaité. Le capteur du glucose est directement connecté au smartphone, permettant aux données d'être analysables en temps réel. Le pancréas artificiel est une avancée majeure pour le patient, qui n'a plus besoin de calculer ses doses d'insuline (24).

On peut alors s'interroger sur les innovations de demain : quelles sont-elles et comment fonctionnent-elles ?

3.2.1. Innovations de demain

Ces nouveaux outils technologiques, cités précédemment, nous permettent d'ajuster les doses d'insuline de manière plus précise et ainsi d'éviter l'hypoglycémie (obstacle majeur pour le traitement de l'insuline). En effet, nous nous rapprochons d'un traitement plus physiologique qui permettrait de refléter ce que l'organisme fait automatiquement (25).

Des chercheurs du Massachusetts Institute of Technology, MIT, ont conçu une nouvelle forme d'insuline qui persisterait pendant 10 heures dans le sang et ne s'activerait que lorsque la glycémie augmente.

Cette innovation pourrait considérablement simplifier et faciliter la vie des patients et devrait voir le jour normalement d'ici 2030. Elle permettrait au patient de s'affranchir des contrôles glycémiques pluriquotidiens, de s'épargner les calculs visant à adapter sa dose d'insuline en fonction des glucides ingérés et ainsi de réduire les risques d'hyper et d'hypoglycémies, délétères à long terme. De plus, cette insuline intelligente permettrait de réduire le nombre d'injections d'insuline (24).

Les spécialistes qui gravitent autour du patient DT2 ont un rôle clé à jouer pour l'aider à connaître toutes ses nouvelles innovations afin de se les approprier. Le médecin généraliste est un interlocuteur de première importance car il prescrit le traitement en fonction de l'état de santé du malade et des avancées thérapeutiques. Son rôle d' « adresseur » est au cœur de la prise en charge.

3.3. Complications

Les hyperglycémies répétées et prolongées entraînent au long terme une altération des vaisseaux sanguins et nerfs de l'organisme, pouvant survenir après 10 ans de déséquilibre glycémique.

Cela peut accélérer l'athérosclérose et donc provoquer des atteintes au niveau des membres inférieurs pouvant conduire à des amputations, des accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde.

En altérant aussi les micro-vaisseaux, le diabète est à l'origine de rétinopathies, pouvant entraîner des déficiences visuelles, voire des cécités, des neuropathies périphériques, des maladies hépatiques et des néphropathies résultant en insuffisance rénale.

De plus, une hyperglycémie chronique peut créer des neurodégénérescences et participer au développement de cancers, de troubles du comportement ou maladies mentales (20).

3.3.1. Quelques données chiffrées

Quelques données chiffrées concernant les complications du DT2 (25):

- Parmi 10 000 patients diabétiques hospitalisés pour un infarctus du myocarde, 1 000 décès sont répertoriés par an.
- 3 000 patients diabétiques sont en attente de greffe de rein et démarrent une dialyse chaque année.
- Les atteintes des membres inférieurs entraînent 9 000 diabétiques amputés par an

3.4. Prévention

Pour prévenir du diabète, il est nécessaire de changer sa façon de vivre, en priorisant l'alimentation et l'activité physique. Un volume hebdomadaire de 2,5 heures d'intensités modérées à fortes en associant du renforcement musculaire et exercices d'endurance (27).

Les programmes d'activités physiques doivent être adaptés en fonction des capacités individuelles de chacun. Il est nécessaire de favoriser la continuité de l'activité physique sur l'ensemble de la vie du patient. De plus, il est important de maintenir un poids santé, qui répond aux attentes des spécialistes en fonction de la personne (29).

L'alimentation doit être saine et variée, avec une augmentation de consommation de fruits et légumes, ainsi que de fibres. Limiter au maximum le gras et le sel ainsi que la consommation d'alcool. Il est nécessaire d'arrêter le tabac et d'éviter toute situation de stress.

B. L'éducation thérapeutique patient et les patients diabétiques de type II : une approche centrée sur le patient

Une maladie chronique comme le diabète, nécessite de nombreux traitements complexes ainsi qu'un suivi métabolique, un dépistage des complications et des modifications des habitudes de vie indispensables à son équilibre. Pour faire face à ces enjeux, il est nécessaire que le patient se mobilise pour mettre en place des phénomènes adaptatifs.

Ainsi, une attitude considérée comme passive d'exécution de la prescription médicale, ne permet pas de pouvoir vivre avec la maladie : le patient doit devenir acteur de sa santé (10).

1. Définition de l'Education Thérapeutique Patient

Dans un contexte où le nombre détecté de personnes porteuses d'une maladie chronique augmente, notamment grâce aux avancées scientifiques qui leurs permettent de vivre mieux et plus longtemps, l'Education Thérapeutique Patient, ou ETP, est devenue un enjeu de santé important (30).

Les maladies chroniques comme le diabète de type 2 représentent la majorité des maladies traitées dont la plupart nécessite une attention particulière. La durée et l'évolution de ce type de pathologie, et les complications qui en découlent, dépendent non seulement de la prise régulière d'un traitement (pouvant être parfois lourd et contraignant) mais sont également étroitement liées à l'implication du patient lui-même, voire de ses proches, dans la gestion et le suivi de sa maladie (31). En effet, les patients malades chroniquement sont confrontés quotidiennement à des changements ou des situations de crise auxquelles ils doivent faire face et s'adapter dans le but de trouver un équilibre et de maintenir leur état de santé constant. En pratique, l'autogestion d'une maladie chronique peut donc s'avérer difficile pour le patient, qui nécessite l'acquisition de connaissances et de compétences spécifiques visant à améliorer sa qualité de vie et la compréhension de sa pathologie (32).

Cependant, malgré les avancées médicales en matière d'efficacité des traitements, l'Organisation Mondiale de la Santé, ou OMS, rapporte que moins de 50% des patients prennent leur traitement correctement. Ce manque d'observance des patients vis-à-vis des instructions et des prescriptions fournies par les professionnels de santé résulte d'un manque d'information ou encore d'organisation autour de l'éducation (33). Afin de prendre conscience de l'importance de l'ETP dans la prise en charge de la maladie chronique et le rôle des professionnels de santé dans ce processus, il est tout d'abord nécessaire de redéfinir le concept.

Dans son rapport publié en 1996, l'OMS définit l'ETP comme visant « à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières,

et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie »(34).

Cette définition place l'ETP au croisement entre la médecine, le soin et l'éducation. L'objectif final de ce processus étant d'aider le patient à acquérir, développer et maintenir des compétences d'autosoins et d'adaptation. L'ETP s'adresse aux sujets atteints de maladies chroniques souhaitant devenir « acteurs » de leur maladie afin de contrôler, retarder l'évolution ou encore d'échapper aux complications potentielles. Le patient est donc poussé à devenir plus autonome en apprenant à mettre en application diverses méthodes d'autosurveillance et de soins en dehors de l'hôpital, ce qui implique une évolution du système de soins qui d'un point de vue financier, vise à diminuer les coûts de santé. L'ETP ne se limite donc pas à fournir des informations et des compétences techniques au patient, mais elle le pousse également à savoir réagir face à des situations « critiques » en lui apprenant à résoudre les problèmes médicaux, sociaux et émotionnels de la vie quotidienne (30).

Dans le cas du DT2, l'éducation thérapeutique permet au patient d'une part d'observer et de gérer son traitement en réalisant une autosurveillance de ses symptômes et une automesure de sa glycémie, en réalisant des gestes techniques comme maîtriser son injection d'insuline et adapter le dosage de ses médicaments en fonction de son état de santé ; et d'autre part, de s'adapter à un nouveau mode de vie en apprenant à réagir et à gérer ses émotions en situation de crise, en cas d'hypo ou d'hyperglycémie par exemple, ainsi qu'à soulager ses symptômes à l'aide de pratiques autres qu'un traitement médicamenteux tel que l'alimentation équilibrée ou encore la pratique d'une activité sportive (34).

Bien que le succès de l'ETP soit en partie lié à l'implication du patient dans la gestion de sa maladie, elle repose sur une collaboration étroite entre le patient et les professionnels de santé qui l'accompagnent. L'expertise de chacun doit être prise en compte : « Dès lors que les médecins reconnaissent les patients comme des experts, ils peuvent ajouter leur expertise médicale à ce que les patients savent sur eux-mêmes pour créer un programme qui aidera les patients à réaliser leurs objectifs et conduire leurs propres activités de soin de soi » (35).

Cependant, dans son rapport sur l'ETP publié en 1998 à destination des soignants, l'OMS remet en cause la formation initiale des soignants, et en particulier des médecins qui, bien qu'ils aient toutes les compétences pour établir un diagnostic et administrer un traitement thérapeutique, sont encore très peu sensibles à la nécessité d'éduquer le patient sur sa maladie. Ce manque d'intérêt serait en partie causé par un manque de temps et de prise de conscience des soignants sur les finalités de l'ETP (33). C'est la raison pour laquelle les patients se retrouvent souvent à devoir apprendre à gérer eux-mêmes leur maladie sans réelle expertise mis à part leur expérience personnelle.

L'élaboration d'un programme d'ETP doit donc prendre en compte les éléments cités précédemment afin de permettre aux patients, et à leur entourage, de renforcer leurs connaissances autour de la maladie et leurs apprendre les bonnes pratiques de savoir-faire et de savoir-être dans l'objectif de les rendre plus autonomes au quotidien. Pour mettre en œuvre ce type de programme, une alliance thérapeutique est nécessaire entre le diabétique et les professionnels de santé. Le but étant de proposer un accompagnement répondant au mieux aux besoins et aux attentes du patient, dans un environnement d'écoute, de bienveillance et dans l'absence de jugement(36).

2. Les conditions d'élaboration d'un programme d'Education Thérapeutique Patient

En 2012, l'American Diabetes Association, ou ADA, et de l'European Association for the Study of Diabetes, ou EASD, préconisent, pour la prise en charge de l'hyperglycémie dans le cadre du DT2, une approche centrée sur le patient.

Les soins centrés sur le patient y sont définis comme une approche pour « fournir des soins qui sont respectueux et attentifs aux préférences individuelles des patients, à leurs besoins et leurs valeurs et qui veillent à ce que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques. En fin de compte, ce sont les patients qui prennent les décisions finales concernant leurs choix de vie et, dans une certaine mesure, les interventions pharmaceutiques qu'ils utilisent » (37). Depuis, l'éducation thérapeutique s'est vite imposée comme un élément essentiel et incontournable de la prise en charge du DT2.

Mais encore faut-il pour espérer le déploiement systématique des programmes d'ETP au niveau national, que ce dernier soit associé à un investissement rentable à long terme et peu coûteux à court-terme pour l'Etat. En 2007, une analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques avait été effectuée par la Haute Autorité de Santé. Aucun travail de modélisation des effets économiques à long terme n'avait été identifié dans le DT2. L'hypothèse d'une réduction des recours aux soins dans le DT2, suite à la participation à un programme d'ETP que ce soit à plus ou moins long terme, n'a pas encore été démontrée d'un point de vue économique.

L'ETP est un programme planifié et structuré, complet dans sa portée, flexible dans son contenu, adapté aux besoins cliniques et psychologiques de l'individu et adaptable au contexte éducatif et culturel des patients (38). Généralement, le contenu des interventions éducatives porte sur la compréhension des mécanismes du diabète, le régime alimentaire à adopter, la nécessité de pratiquer une activité physique régulière, l'autosurveillance de la glycémie, la prise de médicaments, la réduction des risques, la résolution de problèmes et apprendre à vivre au quotidien avec le diabète (39). Par exemple, le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (CHU Toulouse), propose un programme d'ETP accessible en ambulatoire ou au cours d'une d'hospitalisation pour les patients diabétiques de type II, comme vous pouvez le voir sur le tableau ci-dessous.

Thèmes	Problématiques	Intervenant	Durée	Organisation
Le séjour : 2,5 jours en hospitalisation				
Diabète, traitement, prévention des complications	Comprendre mon diabète de type 2, et les principes du traitement non médicamenteux et médicamenteux	Médecin	1 h	Collectif
	Comprendre le traitement de mon diabète	Médecin et infirmière	30 min	Collectif
	Atelier autocontrôle (lecteurs de glycémie, carnets) et stylos injectables	Infirmière	45 min	Collectif
	Organiser mon suivi, pour la prévention des complications	Médecin	45 min	Collectif
	Prendre soin de mes pieds	Podologue	45 min	Collectif
Equilibre alimentaire	Equilibre alimentaire : les groupes d'aliments, leur rôle ; le lien entre les glucides et la glycémie	Diététicienne	1 h	Collectif
	Les lipides : les choisir, les doser !	Diététicienne	1 h	Collectif
	A propos des collations	Diététicienne	30 min	Collectif
	Atelier cuisine : confectionnons une recette allégée et plaisir	Diététicienne	1 h	Collectif

	Atelier "je me sers au buffet", tous les jours au déjeuner	Diététicienne	30 min	Collectif
Activité physiques	Distinguer activité physique et sport, explorer ses représentations, freins et motivations	Educateur Physique et sportif	45 min	Collectif
	Initiation à l'activité Physique : mise en situation avec marche en groupe, préparation et analyse du déroulement au retour	Educateur Physique et sportif	45 min	Collectif
	Bénéfices pour ma santé, précautions à prendre, et construction de mon projet personnel d'activité physique	Médecin	1 h	Collectif
Hypo et HyperGlycémie	Identifier, traiter et prévenir une hypoglycémie	Infirmière	45 min	Collectif
	Que faire devant une hyperglycémie : analyser, réagir	Infirmière	45 min	Collectif
Diagnostic éducatif	Entretien individuel avec l'équipe	Médecin, infirmière et diététicienne ensemble	20 min	Individuel
	Education individuelle hygiène et soins des pieds	Aide-soignante	15 min	Individuel
	Apprentissage de l'autosurveillance glycémique avec un lecteur, et de l'utilisation d'un carnet	Infirmière	20 min	Individuel
Si besoin	Apprentissage des injections d'insuline ou d'analogues du GLP-1	Infirmière	20 min	Individuel
	Autosurveillance glycémique ± injections	Infirmière	3x/jour	Individuel
Entretiens de synthèse	Formalisation des objectifs que vous vous donnez, synthèse résultats, traitement, RDV...	Médecin et Infirmière	20 min	Individuel
	Formalisation de vos objectifs pour l'équilibre alimentaire, synthèse personnalisée	Diététicienne	20 min	Individuel
	Questionnaire de satisfaction			
1 matinée ambulatoire 1 mois plus tard				
Analyse de l'atteinte des objectifs que je me suis donnés : ce qui a réussi, ce qui est en cours, mes difficultés	Pour activité physique, suivi de mes résultats, de mes RDV, ou autres objectifs	Infirmière	45 min	Collectif
	Pour l'alimentation	Diététicienne	30 min	Collectif
	Atelier Quizz alimentation	Diététicienne	15 min	Collectif
Si besoin	Analyse des résultats et si besoin ajustement du traitement	Médecin	20 min	Individuel
	Entretien diététique	Diététicienne	30 min	Individuelle

Tableau 1 : Education Thérapeutique - Diabète de type 2 - Programme pour les patients ayant un diabète de type 2, en échec thérapeutique

Malgré l'implication du corps médical, certains thèmes demeurent souvent négligés dans les programmes d'ETP. Par exemple, le dysfonctionnement érectile, ou DE

représente une complication fréquente du diabète et détériore considérablement la qualité de vie (40). Des études récentes ont montré qu'un DE est fortement associée à l'athérosclérose coronaire, marqueur puissant de l'ischémie myocardique silencieuse dans le diabète (41). Étant donné que les hommes peuvent nier la présence de problèmes sexuels, les éducateurs devraient administrer des questionnaires validés pour détecter un DE à tous les patients diabétiques et leur expliquer que le DE peut être le signe d'une maladie cardiaque inconnue. En outre, le DE peut être facilement traité, ce qui peut améliorer la qualité de vie des patients.

3. Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Pour répondre au mieux aux besoins des professionnels de santé, ainsi qu'à ceux des patients et des associations, la Haute Autorité de Santé, ou HAS, a publié en 2007 plusieurs livrets de recommandations sur l'ETP.

Parmi ces recommandations sont rassemblées l'ensemble des informations à propos des personnes concernées, les acteurs, les étapes de planification, réalisation et de coordination de l'ETP. L'accent est porté sur les situations demandant une attention particulière ainsi que sur les critères qualitatifs d'un programme d'ETP.

En effet, il est recommandé aux professionnels de santé d'être attentifs à certaines situations telles que l'apparition de souffrances, de maladies psychiques ou de difficultés sociales, chez les patients atteints de maladie chronique et leur entourage, et ce, tout au long de la prise en charge du patient. De plus, une prise en charge spécifique précoce peut être adressée en priorité ou en parallèle d'une démarche d'ETP, aux patients sujets à des comorbidités, des troubles psychiques (stress, anxiété, troubles du sommeil, dépression), ou des addictions.

De manière générale, la qualité de l'éducation thérapeutique du patient dépend de plusieurs facteurs. Tout d'abord, celle-ci doit faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge du patient à long terme. Elle doit être réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé formés et engagés à travailler en équipe dans le but de construire ensemble un contenu et des activités éducatives. Le patient doit être placé au centre du processus et l'intérêt porté sur l'ensemble de sa personne, sans oublier d'impliquer ses proches, quelle que soit sa culture, son origine, sa situation de handicap, sa situation géographique, ses ressources locales et le stade

d'évolution de la maladie, afin de rendre l'ETP accessible à tous. L'ETP doit également prendre en compte les besoins du patient (préférences, style, rythme...) ainsi que les facteurs environnementaux, psychologiques et sociaux qui le concernent. Toutes les informations sur le patient citées précédemment doivent être rassemblées au début du processus d'ETP, lors du diagnostic éducatif, afin d'optimiser l'efficacité des séances collectives ou individuelles par la suite. Ce programme devra être renforcé par des ressources et les techniques pédagogiques adaptées, variées et scientifiquement fondées, agrémentées par les retours d'expérience des patients et de leurs proches.

Enfin, une évaluation individuelle avec le patient doit être réalisée en fin d'ETP afin de s'assurer du bon déroulement.

En 2014, la HAS a également publié un guide à destination des médecins généralistes, définissant les modalités médicales et organisationnelles indispensables dans le parcours de soins des patients DT2 afin d'éviter les épisodes considérés « à risque » et d'assurer la qualité et la sécurité du parcours. Dans ce guide, l'HAS préconise l'ETP dans l'optimisation du parcours de soins pour aider les patients à faire face à leur maladie et à leur traitement.

Les enjeux de la prise en charge du diabète sont multiples à notre époque en effet avec la prévalence qui augmente, ajoutée aux prévisions qui sont faites pour 2030, il semble inévitable d'adapter la prise en charge des patients diabétiques. Aussi, on peut noter que l'évolution démographique et socio-culturelle va amener plus de patients à rencontrer des difficultés à gérer leur traitement (27) ; il est alors indispensable de valoriser des structures qui permettent un accompagnement adapté à tous, en plus des consultations médicales, qui selon les lieux et les milieux peuvent être elles, pas accessible à tous.

4. Mise en place de l'ETP dans le cadre d'un DT2

A la suite de l'annonce d'un diabète de type II, le travail d'acceptation de la maladie et de ses contraintes quotidiennes peut se révéler contraignant voire déroutant pour le patient nouvellement diagnostiqué. Le diabète est une maladie qui a un réel impact sur la vie des patients et qui demande beaucoup d'énergie aux niveaux psychologique

et mental. Rares sont les maladies qui requièrent autant d'attention. D'une part, de la nécessité de contrôler la glycémie plusieurs fois par jour, et ce, indépendamment de ce que la journée peut réserver, mais également du fait de la prise d'un traitement souvent quotidien qui peut donc vite s'apparenter à une charge mentale supplémentaire.

L'ETP est donc un élément essentiel dans la prise en charge du DT2, non seulement pour augmenter l'adhésion thérapeutique et éviter certaines complications physiologiques, mais également pour aider le patient à devenir acteur de leur santé en lui apprenant à mieux agir au quotidien. Et pour cause, les données de la littérature indiquent qu'à peine 5 % des patients qui reçoivent une éducation régulière ne peuvent ou ne veulent pas se conformer aux soins (42). Les patients qui n'ont reçu aucune éducation sont jusqu'à 4 fois plus susceptibles de développer des complications liées à leur pathologie (43). Les principaux objectifs de l'éducation thérapeutique sont donc de fournir des connaissances sur la maladie aux personnes nouvellement diagnostiquées diabétiques de type II, mais aussi de modifier leur comportement, d'accroître leur motivation à respecter les recommandations thérapeutiques, d'accroître leur résilience psychologique, d'améliorer leur qualité de vie, d'établir un partenariat patient/aidant dans le cadre du processus de traitement, de les préparer à l'auto-soin et de les sensibiliser aux facteurs de risques cardiovasculaires(44).

5. Efficacité clinique

D'un point de vue clinique, de nombreux travaux ont été publiés dans le domaine de l'éducation thérapeutique et du DT2, afin d'en évaluer l'efficacité et la persistance à long terme des résultats.

Les travaux publiés dans le domaine ont, pour la plupart, cherché à démontrer l'efficacité de l'éducation thérapeutique par l'étude de l'évolution de marqueurs biocliniques, notamment l'hémoglobine glyquée. Mais aussi, d'autres études ont été menées sur la qualité de vie et le bien-être des patients.

5.1. Résultats des études menées

Les résultats obtenus dans différentes études ont montré une diminution de l'HbA1c entre l'inclusion et la fin de la participation, mais ces diminutions ne sont pas toujours statistiquement significatives. Les résultats sont variables : -0,5 % à un an ($p < 0,0001$) dans l'étude Look AHEAD (45) ; -0,51 % à trois ans ($p = 0,81$) dans l'étude DESMOND 3(46). Mais, on ne peut résumer l'efficacité de l'éducation thérapeutique à la seule baisse du taux d'HbA1c. En effet, d'autres marqueurs biocliniques ont également montré un impact statistiquement significatif de l'éducation thérapeutique sur la santé du patient. Dans l'étude menée par Deakin et al., après 14 mois, il a été observé une diminution du cholestérol total (-0,3 % vs. -0,2 % ; $p=0,01$), du poids corporel (-0,5 % contre +1,1 % ; $p<0,001$), de l'IMC (-0,2 % contre +0,4 % ; $p<0,001$), du tour de taille (femmes : -4 % contre +1,1 % ; $p<0,001$ / hommes : -2% vs. 0 ; $p < 0,001$) (47).

Au-delà de l'amélioration des marqueurs biocliniques, l'éducation thérapeutique des patients diabétiques a également un réel impact sur la qualité de vie et le bien-être des patients. Dans l'étude menée par Deakin et al., après 14 mois, il a été observé une augmentation de la consommation de fruits et légumes (+2,4 % vs. +0,2 % ; $p=0,008$), le plaisir de manger (+1,5 % vs. +0,2 % ; $p=0,004$), les connaissances sur le diabète (+1,8% contre +0,8% ; $p<0,001$) (47). Dans leur étude portant sur 200 patients, Chudiak et al. ont confirmé l'impact positif de l'éducation au diabète organisée sur tous les aspects de la qualité de vie des patients atteints de diabète de type 2 (fonctionnement physique, limitations physiques du fonctionnement, douleur, santé générale, vitalité, fonctionnement social, limitations émotionnelles du fonctionnement, santé mentale autodéclarée) (48).

6. Enjeux

Shabibi et al. ont démontré l'efficacité éducative du Health Belief Model (HBM), modèle de psychologie qui permet de relier les croyances des patients en matière de santé à leurs comportements de façon théorique. Ce modèle est généralement utilisé pour guider les programmes d'ETP et de prévention des maladies (49). Selon le HBM, les patients s'engageront dans des actions préventives s'ils croient qu'ils risquent de développer le problème (susceptibilité perçue), que l'inaction peut avoir des conséquences graves (gravité perçue), que l'éducation peut produire des résultats

positifs (bénéfice perçu), qu'ils reconnaissent les facteurs négatifs associés à l'action (barrières perçues) et qu'ils se croient capables de mener à bien les actions (auto-efficacité).

Un autre enjeu de l'éducation thérapeutique est d'augmenter l'adhérence des patients à suivre leur traitement. Expliquer les objectifs du traitement, ses avantages et ses effets indésirables, est un moyen d'améliorer l'observance du patient. Dans la littérature, le manque de connaissances sur la maladie et le traitement est cité comme l'une des raisons de la non-(43). Dans une étude de Barat et al, il a été montré que seulement 20% des patients comprenaient les conséquences de l'omission d'une dose de médicament, et seulement 5% étaient conscients des effets indésirables du traitement (50).

Les niveaux d'adhésion les plus élevés ont été observés chez les patients qui comprenaient les principes du traitement. Reeve et al. ont confirmé l'association entre les préoccupations concernant les effets indésirables et les niveaux d'adhésion. Les patients qui pensaient que le traitement était nécessaire avaient des niveaux d'adhésion plus élevés (51).

Intégré au parcours de soins du patient, tout au long de sa vie, l'éducation thérapeutique doit s'inscrire dans une prise en charge globale du patient. Cela implique la nécessité d'une coordination entre soignants, ce qui en pratique se révèle compliqué à mettre en place, notamment du fait que les actions éducatives sont proposées aux patients en plus de leur suivi médical habituel : elles ne sont pas intégrées dans une stratégie de prise en charge globale du patient. Quel est alors l'intérêt de vérifier qu'une action éducative menée quelques semaines, mois ou années auparavant est toujours aussi efficace, dans la mesure où cette même démarche éducative soit en permanence ajustée aux besoins du patient, qui peuvent évoluer au cours du temps ?

D'autre part, malgré les avantages cliniques et personnels considérables qu'offre l'éducation au diabète, les programmes sont sous-utilisés, et une proportion importante de patients choisit de ne pas y participer. Horigan et al., ont analysé un total de 12 études couvrant des méthodologies quantitatives et qualitatives afin d'en comprendre les causes (52). Les études sélectionnées ont été publiées en Europe, aux États-Unis, au Pakistan, au Canada et en Inde, avec un échantillon total de 2 260 personnes. Deux

grandes catégories de non-participants ont été identifiées. Il y a d'abord ceux qui ne pouvaient pas participer pour des raisons logistiques, médicales ou financières (par exemple, le moment choisi, les coûts ou les comorbidités existantes) et ceux qui ne voulaient pas participer parce qu'ils ne percevaient aucun avantage à le faire, estimaient avoir déjà suffisamment de connaissances ou avaient des raisons émotionnelles et culturelles suffisantes de le faire (par exemple, aucun problème perçu, déni ou sentiments négatifs envers l'éducation thérapeutique). L'éducation sur le diabète a été refusée pour de nombreuses raisons, et l'éventail des raisons exprimées est en réalité plus diversifié et complexe que les auteurs ne l'imaginaient.

L'information sur le taux de participation dans les programmes d'ETP est très limitée, et elle ne manifeste pas d'une implication soutenue dans le temps des patients. Les taux d'acceptation parmi les personnes éligibles sont compris entre 54 % et 89 % d'après la HAS. Parmi les patients qui s'étaient engagés dans un programme : une étude rapporte un taux d'abandon de 14 % au bout de trois semaines comportant 10 jours de sessions collectives (53). Le seul programme qui suit des patients sur plus de 3 ans (programme non structuré conduit par des pharmaciens, avec un suivi tous les 6 mois) rapporte des taux de participation qui chutent rapidement : sur les 136 patients avec un premier contact, 81 (60 %) ont un second contact, 55 (40 %) ont un troisième contact, 39 (29 %) ont un quatrième contact et 26(19 %) ont un contact deux ans après l'inclusion dans le programme.

6.1. Obstacles

Cependant, il existe de nombreux obstacles à la mise en place de ces programmes d'ETP. Certains d'entre eux sont d'ordre individuel : perte d'autonomie, alphabétisation, motivation, capacité à résoudre des problèmes, dépression, âge, déclin cognitif, autres maladies.

D'autres sont d'ordre collectif, du fait de l'hétérogénéité socio-culturelle souvent présente dans les ateliers de groupes ; il peut s'avérer difficile pour certains de s'y intéresser. Pour pallier, des séances individuelles peuvent être aménagées pour le patient de manière épisodique ou en complément des séances de groupes. Devant l'hétérogénéité du contenu des séances d'éducation thérapeutique de groupe, des patients inclus dans les études et de la formation des soignants qui dispensent les

séances d'éducation, qu'elles soient individuelles ou collectives, il semble difficile de préférer une méthode d'éducation plutôt qu'une autre. Par exemple, l'étude de Rickeim et al. (54) montre des résultats en faveur d'une éducation thérapeutique de groupe, tandis que celle de Sperl-Hillen et al., plus récente, donne des arguments plutôt en faveur d'une éducation (55). La méta-analyse de Duke et al. démontre une supériorité de l'éducation thérapeutique de groupe, mais uniquement à court terme (57)). Il semble donc difficile, de conclure à la supériorité de l'éducation thérapeutique individuelle ou collective.

Il est à noter qu'un obstacle réside également dans le delta qu'il peut exister entre les attentes d'un patient quant à sa participation à un programme d'ETP versus ce que le professionnel de santé va lui proposer. La participation à un programme ne se fait pas automatiquement et beaucoup de professionnels de santé ne redirigent pas leurs patients vers l'ETP. Aussi, les attentes du professionnel de santé ne sont peut-être pas toujours en adéquation avec la réalité ; en effet certains professionnels de santé voient en l'ETP une manière d'alléger leur charge de travail concernant la consultation et n'ont pas le suivi nécessaire du patient qui suit un programme. Dans l'alliance thérapeutique les attentes ne correspondent donc souvent pas à la réalité et aux enjeux, parfois perçus différemment côté patient et professionnel de santé.

7. Acteurs impliqués

Le patient peut être adressé à un programme directement par son médecin généraliste ou spécialiste, à l'initiative d'un professionnel de santé paramédical, ou à sa propre initiative. Tout adulte ayant un diabète de type 2, traité par antidiabétiques oraux (comprimés), pouvant être associés à une injection d'insuline ou d'analogue du GLP-1 dont l'équilibre glycémique n'est pas atteint, et/ou en difficulté par rapport à la gestion du poids, et/ou ayant des complications du diabète peut participer à un programme d'ETP.

C'est pourquoi, tous les membres du système de santé devraient être en mesure de dispenser une éducation à chaque contact avec le patient, et ce, qu'ils soient médecins, infirmiers, diététiciens, nutritionnistes, pharmaciens, psychologues ou podologues. Néanmoins, les programmes d'éducation thérapeutique à proprement parler sont quant à eux dispensés par des éducateurs experts et formés au cours de

sessions spécifiques et périodiques aux soins des patients atteints de maladies chroniques et à l'éducation des patients atteints de diabète. Il est nécessaire que le coordonnateur ait les compétences requises pour dispenser l'ETP et répondre aux exigences de formation : 40 heures au minimum de formation. A la suite de cela, une attestation de formation doit être fournie à l'Agence Régionale de Santé, ou ARS. Ainsi, ces experts sont en mesure de veiller à la mise en œuvre de la démarche éducative et d'évaluer les connaissances du patient.

C. Rôles et implications des professionnels de santé dans l'éducation thérapeutique patient chez les patients diabétiques de type 2

1. Accompagner le patient diabétique de type 2

1.1. Accompagner à l'annonce du diagnostic

Le diabète n'est pas une maladie incurable ; toutefois, la pathologie entraîne des changements durables sur les dimensions psychologique, sociale et économique dans la vie du patient. C'est ce qui fait de l'annonce du diagnostic au patient un enjeu spécifique de cette pathologie chronique. En effet, cette annonce du diagnostic de diabète et la prise de conscience du caractère chronique de la maladie représentent un véritable choc émotionnel pour le patient comme on a pu le constater lors des entretiens patients réalisés dans le cadre de l'analyse qualitative.

Plus le patient s'approprié sa maladie, meilleure est sa capacité à faire des choix en conscience des conséquences de celle-ci. La bonne adhésion du patient aux traitements qui lui sont proposés s'inscrivent dans ce processus de réorganisation de sa vie.

Au-delà de la prise en charge thérapeutique, l'objectif du médecin est que le patient apprenne à vivre avec sa maladie. Procéder à l'annonce du diagnostic correspond à une parole qui engage le médecin vis-à-vis de son patient. Il s'agit d'un temps clé de la relation médecin-patient, la relation de confiance pouvant être compromise ou au contraire renforcée par la façon dont le médecin aidera le patient dans les épreuves qu'il traverse.

L'annonce d'une maladie chronique doit toujours proposer un accompagnement de soins et souvent un accompagnement social – en accord avec le patient. En effet, dès

les suites de l'annonce de la pathologie, le médecin peut mettre en place un programme d'ETP.

Chez le patient diabétique, l'ETP est indispensable à cette étape du parcours de soin. En plus d'avoir un aspect pédagogique, l'ETP a aussi un aspect d'ordre psychologique. Ces deux aspects permettent d'aider le patient dans la compréhension de la maladie et son origine, ses facteurs de risque ainsi que ses complications.

En effet, un format de programme en groupe chez des patients ayant déjà bénéficié d'une information de base sur la maladie et les traitements, délivré dans les 6 semaines suivant le diagnostic, a tendance à améliorer le contrôle de la glycémie, la perte de poids et l'arrêt du tabac (programme DESMOND délivré au Royaume-Uni : Diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed). Les patients ayant suivi le programme éducatif (6 heures d'ETP délivrées en soins primaires en un jour ou 2 demi-journées, dans les 6 semaines suivant le diagnostic par 2 professionnels de santé formés) ont une meilleure compréhension du diabète constatée au travers de changements dans leurs croyances vis-à-vis de la maladie et des traitements ; ils sont moins dépressifs et sont davantage conscients du lien entre leur responsabilité personnelle et la perte de poids.

Mais cet accompagnement éducatif au diagnostic n'est pas suffisant pour conserver les compétences acquises par les patients. L'accompagnement doit perdurer tout au long de la prise en charge.

1.2. Accompagner tout au long de la prise en charge

L'ETP vise à rendre le patient diabétique plus autonome dans son quotidien en l'aidant à :

- Mieux appréhender sa maladie et son suivi ;
- Comprendre le rôle des médicaments prescrits, ce qui est un facteur d'adhésion thérapeutique ;
- Connaître les signes d'hypoglycémie et la conduite à tenir le cas échéant ;
- Savoir pratiquer l'autosurveillance glycémique et interpréter les valeurs obtenues ;

- Être en mesure d'adapter les doses d'insuline en fonction de paramètres tels que l'alimentation, les traitements et l'activité physique ;
- Équilibrer un repas ;
- Pratiquer une activité physique régulière.

Les champs généralement explorés sont donc l'alimentation, l'activité physique, les traitements médicamenteux, l'adhésion au traitement, le suivi médical de la pathologie et de ses complications, mais aussi le vécu de la maladie (36).

L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge. Elle est complémentaire des traitements et des soins. Elle est centrée sur le patient : les intervenants devront prendre en compte la personne dans son ensemble, la prise de décision sera partagée avec le patient, et ses préférences seront respectées.

L'ETP peut être proposée à toute personne ayant une maladie chronique quel que soit le stade de la maladie. Cette éducation thérapeutique va aussi inclure les proches des patients s'ils le souhaitent. Leur implication dans l'acquisition des compétences d'auto-soins est aussi importante.

L'ETP est une prise en charge personnalisée à chaque patient. Elle prendra en compte ses connaissances, ses difficultés, dans le but de s'adapter au mieux à ses besoins. Elle s'adapte en termes de moyens et de durée aux besoins d'éducation du patient.

Le patient a la liberté de participer ou non à un programme d'ETP et s'il l'accepte il peut négocier les buts et les modalités de mise en œuvre. Le patient peut l'interrompre à tout moment.

Tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge de patient ayant une maladie chronique peut informer celui-ci de sa possibilité de bénéficier d'une éducation thérapeutique. Cette ETP va être réalisée par un ou plusieurs professionnels de santé formés, selon les besoins du patient et selon les compétences déjà acquises.

D'autres professionnels peuvent intervenir comme psychologue, éducateur en activité physique adaptée, travailleur social... ils contribuent directement à la démarche

éducative en répondant aux difficultés du patient ou des professionnels de santé dispensant l'ETP (32).

3 types d'offres d'éducation thérapeutique peuvent être proposés au patient tout au long de sa pathologie chronique : une éducation thérapeutique initiale, une éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement), et une éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise). Chaque offre dépend des besoins éducatifs du patient.

L'éducation thérapeutique initiale suit en général le diagnostic ou une période sans prise en charge éducative de la maladie. A la fin de cette éducation, une évaluation individuelle permet de savoir si les objectifs individuels ont été atteints. Si oui : une offre d'ETP de suivi régulier peut être proposée. Si non : on proposera alors un ETP de suivi approfondi.

L'éducation thérapeutique de suivi régulier fait suite à une éducation thérapeutique initiale. C'est une forme d'ETP continue qui permet de consolider les compétences et de les actualiser. Elle encourage le patient dans la mise en œuvre de ses compétences acquises et permet de soutenir le patient dans ses projets de vie. La fréquence de ce type d'éducation va dépendre des demandes du patient et de l'évaluation de ses compétences acquises (57).

L'éducation thérapeutique de suivi approfondi est nécessaire s'il y a des difficultés dans l'apprentissage, si les compétences choisies ne sont pas atteintes, s'il y a des modifications de l'état du patient, et s'il y a un changement du contexte de vie (conditions de vie, changement de classe d'âge (58)).

Pour que la prise en charge du patient diabétique soit optimale, elle doit faire intervenir une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe peut comprendre en plus du médecin généraliste et du diabétologue, le pharmacien, les infirmières, les diététiciennes, le podologue, le psychologue, le kinésithérapeute, l'assistante sociale, etc.

- Le pharmacien : c'est un interlocuteur de proximité, il joue un rôle important dans le suivi de la pathologie. Il peut conseiller le patient sur son traitement, ses médicaments, et sur les mesures hygiéno-diététiques.

- Les infirmières peuvent intervenir dans le parcours de soin du patient diabétique pour aider le patient à pratiquer les soins quotidiens, pour soigner en cas de plaies apparentes, ou pour le suivi glycémique et l'injection d'insuline.
- Les diététiciennes, enseignent comment bien se nourrir et aident le patient diabétique à adapter son alimentation à sa pathologie.
- Le podologue permet lui de prévenir les complications du pied diabétique.
- Une aide psychologique peut aussi être nécessaire suite à l'annonce du diagnostic ou lors de complications liées au diabète tels que les amputations, les pathologies cardiovasculaires, rénales ou ophtalmologiques. De plus pour certain patients, le changement de mode de vie lié à la pathologie entraîne chez certains patient une dépression, un choc, ou une certaine anxiété.

Aussi, les maisons et écoles du diabète, les pôles de prévention et d'éducation du patient habituellement installés dans les centres hospitaliers, les réseaux diabète ainsi que les associations de patients diabétiques sont des lieux d'information et de soutien à disposition du patient dans toutes les phases de la maladie. Cette aide peut être apportée individuellement et au travers de groupes de discussion animés par une diététicienne, un médecin ou une infirmière. Ils apportent des compléments de connaissance de la maladie, des moyens de motivation pour modifier le comportement du patient et permettent un échange avec d'autres malades.

L'éducation thérapeutique est un élément essentiel dans la prise en charge d'un diabète. Les sources d'information et d'éducation sont nombreuses afin de répondre aux nombreuses questions que le patient se pose sur la maladie.

Exacerbée par la pandémie de COVID19, il est enfin important de noter le rôle de la télémédecine. En effet, les téléconsultations se sont largement démocratisées. Une politique d'accès plus facile à la télémédecine a été mise en place et continue de se développer. Concernant les programmes d'ETP, qui consistent parfois en des réunions pédagogiques ou des groupes de paroles pourront se faire aisément via ce moyen de communication. Il nous semble alors indispensable de développer cet aspect-là, déjà pour les nouveaux enjeux que pose la pandémie, mais aussi pour une application plus générale aux personnes ne pouvant plus se déplacer ou vivant en désert médical. La télémédecine et l'e-santé seront et sont déjà un enjeu majeur dans la prise en charge

pour tous les patients, quels qu'ils soient et sont parfaitement adaptés aux programmes d'ETP.

2. Relation patient / professionnel de santé : une alliance thérapeutique

Il ne faut pas oublier que la réussite de l'éducation thérapeutique repose essentiellement sur la mise en place d'une relation soignant-soigné favorisant la création d'une alliance thérapeutique. Cette alliance devrait prévaloir dans la relation soignant-patient, elle sous-entend un accord mutuel entre le prescripteur et le diabétique sur les moyens et actions possibles afin de s'adapter et mieux vivre avec sa maladie chronique. Le rapport entre les deux devient alors une relation de partenariat entre deux parties, qui chacune possède un vécu et une expérience. Elles mettent en commun leurs désirs, leurs croyances, voir même leurs émotions afin d'arriver à trouver ensemble un accord sur ce qu'il est possible de faire (59).

Le soignant possède l'expertise qui repose sur ses connaissances théoriques de la maladie et une expérience de relation avec les différents patients. La personne malade a, quant à elle, son vécu au quotidien, elle sait ce qu'elle peut ou ne pas faire et jusqu'où elle peut aller.

Lecorps précise que « l'éducation du patient n'est rien d'autre qu'un projet partagé dans une dynamique progressive d'échanges et d'écoute. C'est l'autre qui sait où il peut aller, nous ne pouvons que l'aider à explorer les voies qu'il peut emprunter » (60). C'est également dans ce sens que B. Sandrin Berthon affirme que « la démarche éducative est centrée sur le patient ou, plus précisément, sur la relation entre le soignant et le patient » et que « c'est surtout une relation d'équivalence qui permet un vrai partenariat » (61). Il s'agit donc « d'aider le patient à prendre du pouvoir et pour cela, l'éducation thérapeutique nécessite, de la part du soignant, un changement de posture et un changement de rapport au savoir médical » (60). L'enjeu premier pour les professionnels de santé reste de gagner l'implication du patient à leur programme. Il faut partir de ce que la personne est, croit et veut : il faut tenir compte du patient, de son environnement, de ses croyances, de ses représentations, pour identifier avec lui, ses priorités et ses objectifs en matière d'amélioration de sa santé » (61).

2.1. Les attentes du patient

Cette alliance thérapeutique est donc primordiale dans la création d'une relation de confiance, dans laquelle le patient pourra exprimer ouvertement ses ressentis, ses croyances et ses craintes. Il va pouvoir aussi aborder ses attentes lors des séances d'ETP, qui sont l'acquisition ou le maintien de connaissances sur sa pathologie. Le but étant de pouvoir mieux vivre avec son DT2.

A l'annonce du diagnostic, le patient DT2 est souvent déboussolé et ne comprend pas comment il peut changer son mode de vie de manière efficace et durable. Le professionnel de santé, apparaît comme un réel soutien et va apporter des réponses claires et concises au patient (30).

3. La place des professionnels dans les programmes d'éducation thérapeutique patient

La pratique de l'éducation thérapeutique s'inscrit dans un cadre organisationnel et institutionnel. Elle fait désormais partie d'une mission prescrite aux acteurs impliqués dans le suivi et la prise en charge des malades chroniques comme une offre à décliner en direction des malades et à intégrer dans leur parcours de soin(30).

L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique, dont les pharmaciens. Elle fait partie des missions confiées aux pharmaciens d'officine inscrites dans le code de la santé publique (Art. [L. 5125-1-1 A](#)) et aux biologistes médicaux (Art [L. 6211-1](#) et [L. 6211-3.](#))

Chaque institution de soins délègue à un ou plusieurs professionnels de santé pour agir en son nom tout en fixant le cadre des interventions, la mission à réaliser et les actions à conduire.

Il s'agit plus précisément des médecins, infirmiers, diététiciens, masseur-kinésithérapeutes, pharmaciens.

L'autorisation d'exercer l'éducation thérapeutique impose aux acteurs qu'ils suivent des formations qualifiantes de 40 heures, la rédaction d'un programme répondant au cahier des charges national et l'obtention d'un agrément par les agences régionales de santé pour chaque programme déposé.

Les professionnels de santé peuvent être impliqués à divers niveaux :

- **Information initiale** du patient sur la possibilité de bénéficier de l'éducation thérapeutique du patient
- **Réalisation** de l'éducation thérapeutique du patient avec l'accord du patient ;
- **Suivi du patient** : gestion de la maladie, maintien des compétences et soutien à la motivation.

L'implication des professionnels dépend de leur formation en éducation thérapeutique du patient, de leur disponibilité et de leur volonté de réaliser des activités d'éducation thérapeutique du patient. Dans le champ de la maladie chronique, le plus souvent la mise en œuvre d'un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient nécessite l'intervention de plusieurs professionnels.

Les patients, individuellement ou leurs associations, sont sollicités dans les phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes et séances d'éducation thérapeutique du patient.

L'ETP est aussi investie par les malades eux-mêmes. De nombreuses associations de malades ont longtemps fonctionné selon une logique caritative et ont développé des cultures d'action relevant plus de la philanthropie que d'une logique d'organisation collective. L'émergence dans les années 1980 d'associations de malades créées par des malades revendiquant le droit à l'information, voire au libre choix des thérapeutiques a eu pour effet de faire émerger de nouvelles figures du malade telle que "le patient-expert" (63).

4. Les attentes des professionnels de santé de l'éducation thérapeutique patient

Lorsqu'un professionnel de santé a recours à des séances d'ETP pour ses patients, l'une de ses premières attentes est de connaître le patient dans son intégralité afin d'identifier ses besoins, ses craintes ainsi que sa réceptivité. Il faudra pour cela, accéder par un dialogue structuré et adéquat aux connaissances, aux logiques explicatives, aux représentations et ressentis du patient.

Le professionnel de santé va chercher à connaître ce que le patient comprend de sa situation de santé et favoriser son implication en soutenant sa motivation. De ce fait, il y a un réel besoin de créer un lien patient-professionnel de santé fondé sur la confiance afin de manier au mieux les connaissances échangées sur la maladie.

Par l'ETP, les professionnels peuvent saisir une réelle opportunité de faire évoluer leurs pratiques afin d'accompagner de manière plus intensive leurs patients.

5. Améliorer la connaissance de l'éducation thérapeutique patient auprès des professionnels de santé

La formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique est un des moyens principaux de développement des pratiques éducatives dans le suivi à long terme des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le DiFEP (Diplôme de Formation continue en Education thérapeutique du Patient) est un programme de formation continue en cours d'emploi. Il permet aux professionnels de santé de (63) :

- Comprendre le patient pour mieux situer ses besoins en éducation thérapeutique
- Concevoir un projet d'éducation thérapeutique avec le patient à partir de ses besoins
- Utiliser les stratégies pédagogiques adaptées aux différents contextes éducatifs
 - En individuel et en groupe
- Mobiliser et soutenir la motivation du patient à commencer et à poursuivre son projet d'éducation thérapeutique

Les professionnels de santé pouvant suivre ce programme sont ceux exerçant depuis 3 ans : médecin, infirmier, diététicien, psychologue, physiothérapeute, podologue, professionnel des sciences humaines et administrateur de santé.

Une étude a été menée auprès de 28 professionnels de santé ayant suivis cette formation afin de mettre en avant leur évolution quant à leur rôle exercé et leurs valeurs professionnelles suite à cette formation (65). A l'issue de leur formation, 15 soignants déclarent avoir tout à fait évolué dans leur perception de leur propre rôle, huit soignants beaucoup, quatre soignants passablement et un, un peu (figure 2).

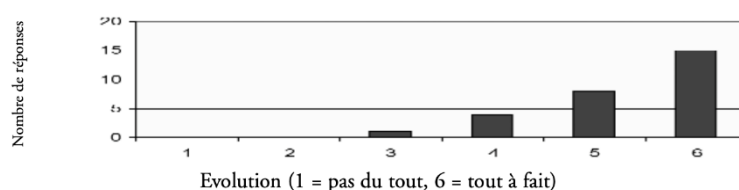


Figure 2 : Evolution des perceptions du rôle soignant suite à la formation (65)

Concernant leurs valeurs professionnelles au terme de la formation, les répondants proposent différentes réponses regroupées en quatre thèmes au moment de l'analyse : « renforcement de mon écoute », « humilité de mon rôle », « être au service des patients » et « éviter le jugement ».

Cette étude montre que l'évolution des pratiques des professionnels de santé concernant l'ETP passe par l'apprentissage et donc par des formations.

Pour améliorer la connaissance de l'ETP auprès des professionnels de santé, un bon nombre d'association régionale se mobilise.

Par exemple, le Comité Régional d'Education pour la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur qui a créé le site *ETaP etap.paca.ars.sante.fr*, permet de recenser plus de 250 programmes ETP, et propose un contenu adapté et synthétique des programmes sur un territoire donné. Ce site est à destination du grand public, et tout particulièrement des personnes atteintes de maladies chroniques, ainsi qu'aux professionnels de santé de premiers recours.

Aussi, Diabète Occitanie promeut l'ETP directement sur son site internet en proposant

des programmes d'ETP directement aux patients ou par le biais des professionnels de santé via un flyer (figure 3).

Diabète Occitanie
Tous acteurs face au Diabète

PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE INITIALE DIABETE DE TYPE 2

L'Association Diabète Occitanie coordonne un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) déclaré à l'Agence Régionale de Santé Occitanie : [Mon quotidien avec le diabète](#)

Ce programme s'adresse à des adultes ayant un diabète de type 2

Les objectifs généraux sont :

- Mieux vivre avec son diabète et mieux comprendre sa maladie
- Être acteur de sa santé
- Partager son expérience et échanger avec d'autres patients

Animé par des professionnels de notre équipe formés à l'éducation thérapeutique, le programme est composé de 3 étapes :

1 entretien individuel préalable + **Des ateliers collectifs répartis sur des thèmes variés** + **1 entretien individuel de synthèse**

A l'issue du parcours d'ETP, le médecin traitant et les professionnels du suivi reçoivent un bilan individuel réalisé par le patient et l'équipe éducative.

Vous connaissez des personnes ayant un diabète de type 2 ?

- Une session aura lieu prochainement à :
- Vous pouvez leur remettre le flyer ci-joint et leur expliquer la démarche et les modalités d'inscription. La participation est **gratuite**, quel que soit le régime d'assurance maladie.
- N'hésitez pas à nous contacter au :

ars

Figure 3 : Flyer promotion ETP à destination des professionnels de santé

Cependant, cette promotion a des limites. En effet, les professionnels de santé ne sont pas assez informés de ces outils.

6. Perspectives d'évolution

Au vu du manque d'adhérence à ces programmes d'éducation et du fait de la constante augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques dégénératives, dont le diabète, il est primordial de faire appel à de nouvelles méthodes plus innovantes pour dispenser l'éducation sur le diabète afin de diminuer le nombre de personnes rebutées à l'idée de participer à un programme d'ETP tout en maintenant la qualité et l'efficacité des programmes actuels.

A l'heure de la digitalisation, l'autogestion du diabète est un élément clé pour améliorer l'éducation des diabétiques. Chau et son équipe de recherche ont créé un site Web intitulé "Caring for Yourself-Managing Your Diabetes", qui contient 35 clips vidéo sur la gestion du diabète (64). L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des utilisateurs par rapport à un programme d'ETP digital. Un échantillon de commodité de 100 personnes diabétiques (61,5 ans +/- 10,7 ans) a été invité à visionner l'un des clips vidéo via un ordinateur portable, puis à répondre à un questionnaire d'évaluation sur l'apprentissage assisté par ordinateur et un questionnaire de satisfaction à l'égard du programme auquel ils ont assisté.

Les résultats indiquent que les participants étaient satisfaits du format, du contenu et de l'exactitude du programme d'éducation sur le diabète programme d'éducation sur le diabète. Certains participants ont suggéré d'ajouter différents types d'exercices spécifiques aux besoins spécifiques du patient et plus d'explications sur les médicaments contre le diabète. Les résultats de cette étude soutiennent également l'utilisation de l'apprentissage assisté par ordinateur comme une méthode prometteuse d'éducation thérapeutique. Cela permettrait également d'améliorer l'accès aux programmes d'ETP dans les milieux isolés et ruraux.

Les médias sociaux ont quant à eux transformé la façon dont les apprenants obtiennent des informations. Il existe aujourd'hui un accès étendu aux informations sur la santé via le web, ce qui permet une interaction facile entre experts et patients. En choisissant de rester anonyme ou en recherchant une plus grande transparence et un partage des informations par le biais de forums de discussion instantanés modérés par des experts, internet et la connectivité mobile jouent un rôle croissant et important, mais toujours complémentaire.

En observant les ressources en ligne, les professionnels de la santé peuvent se faire une idée de l'expérience de leurs patients en matière d'apprentissage volontaire et définir de nouvelles stratégies éducatives appropriées pour aider à changer les comportements et les attitudes des patients diabétiques. Une disposition simple pour la navigation, des illustrations pertinentes et un design itératif et intuitif favorisent la création d'une ressource conviviale. Pour l'éducation à la santé, les informations écrites doivent idéalement rester publiques et être stockées dans un endroit où elles sont immédiatement accessibles. Les prestataires de soins de santé doivent veiller à

ce que les sites d'apprentissage ne deviennent pas obsolètes, et trouver des moyens d'encourager le public à prendre au sérieux ses problèmes de santé.

Enfin, une autre façon d'améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique serait de considérer les programmes d'ETP comme des produits qui bénéficieraient d'une campagne de marketing efficace. Le marketing n'est pas une compétence généralement associée aux professionnels de la santé ou aux services de santé. Trop de personnes rejettent tout simplement les opportunités d'éducation sans comprendre pleinement ce que cela implique et ce qu'ils pourraient ce qu'ils pourraient gagner en y participant.

7. Conclusion

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2030 le diabète sera la 7^{ème} cause de décès dans le monde. Le diabète de type 2 est une véritable épidémie à l'échelle nationale mais aussi mondiale, qui est liée à la fois à l'allongement de l'espérance de vie et à la transformation des modes de vie.

L'éducation nutritionnelle d'un patient diabétique est indispensable pour appréhender son alimentation afin d'équilibrer au mieux la glycémie. Elle permet de renforcer l'autonomie du patient dans la prise en charge de son diabète en combattant les idées reçues sur l'alimentation. Associé à cela, une éducation sur le mode de vie notamment l'activité physique permet au patient d'avoir une aide complète au quotidien sur sa maladie. Cela se traduit par une sensibilisation au sport mais également à tout autre moyen moins évidents d'avoir une activité physique (transport en commun moins fréquent, ménage, jardinage etc).

Au-delà de ces aspects et de l'accompagnement thérapeutique classique des professionnels de santé, il est à noter que l'éducation psychologique est un atout majeur dans l'amélioration du service rendu au patient diabétique. En effet comme dans toutes pathologies chroniques, le diabète est aussi un bouleversement de sa qualité de vie, que le patient doit accepter puis intégrer à son quotidien. Une aide concernant l'écoute et la parole est alors bénéfique.

L'ensemble de ces aides font partie intégrante des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et constitue alors un atout non seulement utile mais surtout nécessaire pour l'amélioration de la qualité de vie de ces derniers.

Le patient diabétique de type II se sent souvent démuné face à ses nouveaux traitements et son changement de mode de vie. Il est accompagné par de nombreux professionnels de santé et son suivi nécessite une coopération entre les différents acteurs impliqués : médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, podologues, etc. La participation à un programme d'ETP représente pour le patient une vraie chance d'améliorer son quotidien en tentant d'équilibrer au mieux son diabète.

Cependant, on observe un manque de participation des patients diabétiques de type II à ces programmes d'éducation. Or, il s'avère que ces patients sont principalement vus par les médecins généralistes. Le médecin généraliste est un des acteurs de santé clé dans le suivi et la prise en charge du patient diabétique de type 2. En termes de fréquence, c'est le professionnel de santé qu'il consulte le plus (en moyenne 1 fois tous les 3 mois). C'est également l'interlocuteur de premier choix du patient en cas d'interrogation sur sa pathologie et de renouvellement de son traitement. Ce constat, nous permet d'établir que c'est lors de la consultation médicale que le médecin a un rôle à jouer dans la redirection et information auprès de son patient vers un programme d'ETP.

Afin d'appuyer cette thèse, j'ai estimé pertinent de réaliser une étude qualitative sur la consultation médicale entre un patient diabétique de type II et son médecin généraliste dans l'objectif de répondre à la problématique suivante : quelle est la place de la recommandation de l'ETP lors de cette consultation médicale ?

II. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE RÉALISÉE

A. Type de l'étude

1. L'étude qualitative

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Mays et Pope, 1995, p. 43).

À la différence de l'étude quantitative, l'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond.

Cette méthode de recherche descriptive se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. Son approche compréhensive peut être utilisée dans beaucoup de domaines comme dans les sciences sociales, l'histoire ou les études de marché (notamment en marketing).

L'étude qualitative s'appuie sur une collecte de données qualitatives qui sont obtenues grâce à 3 principales méthodes :

- Observation : L'observation est une technique très utilisée dans les études qualitatives et permet une analyse du réel : elle permet de décrire des comportements, des lieux, des situations et des émotions auxquels vous assistez en tant qu'observateur.
- Entretien : Pour effectuer une étude qualitative, vous pouvez aussi faire passer des entretiens. L'entretien permet à l'étudiant de récolter des données verbales qui sont récoltées grâce à des questions (préparées ou non). Cette seconde technique de l'étude qualitative permet de comprendre le sujet à partir d'interprétations des données récoltées lors des témoignages.
- Focus Groupe : Cette technique consiste à rassembler des individus pour comprendre leur comportement à l'égard d'un phénomène, d'un sujet ou d'un produit. Ce protocole d'enquête permet de recueillir l'opinion de plusieurs personnes à la fois dans un environnement social spécifique. Il est souvent plébiscité pour établir une enquête qualitative de marché. Cette technique

permet aussi d'étudier les relations sociales entre les personnes présentes. La présence d'autrui permet de mettre les individus sous une pression qui révèle certains comportements.

Dans le cadre de cette thèse, j'ai fait le choix de collecter les données à l'aide d'entretien semi directif.

2. L'entretien semi directif

2.1. Définition

L'entretien semi-directif est une méthode d'enquête qualitative fréquemment utilisée dans les recherches en sciences humaines et sociales. Il permet de guider partiellement (semi-directif) les échanges avec les personnes interrogées autour de thèmes établis au préalable par les chercheurs, qui sont inscrits dans un guide d'entretien. Ce type d'entretien peut compléter et approfondir des aspects spécifiques qui ne sont pas abordés lors d'un entretien non directif, où la conversation se déroule de manière plus libre, partant d'une question initiale (65).

Grâce à la possibilité de relancer et d'interagir, l'entretien semi-directif offre une richesse et une précision accrues dans les informations collectées. Il permet aussi de recueillir des citations particulièrement évocatrices (66).

Sans quantifier les jugements, les comportements ou les perceptions des personnes interrogées, cette méthode met en lumière des représentations profondément ancrées dans leur esprit, qui seraient difficiles à saisir par le biais d'un questionnaire quantitatif (69).

L'entretien semi-directif est très fréquemment utilisé sur le terrain de la recherche, car, contrairement à l'entretien non directif, qui se contente d'accepter le discours tel quel, il vise à obtenir des informations précises sur des sujets définis à l'avance (67).

2.2. Les cinq phases de l'entretien semi directif

Pour éviter que l'interviewé ne se concentre uniquement sur des sujets peu pertinents pour l'étude, l'entretien semi-directif peut être structuré en cinq étapes principales, selon Anne Revillard, chercheuse et enseignante en sociologie (70).

La première phase concerne la création du guide d'entretien. Deux approches sont possibles à ce stade : l'une consiste à réaliser d'abord des entretiens non directifs pour identifier des thèmes récurrents, sur lesquels se baser pour élaborer le guide d'entretien. L'autre option consiste à construire le guide en fonction des objectifs de la recherche, des hypothèses de l'enquêteur ou des résultats obtenus dans les recherches précédentes et la littérature existante (67).

La phase suivante, phase n°2, est celle du début de l'entretien. Ce dernier commence généralement comme un entretien non directif, avec une consigne générale portant sur un sujet vaste, et une approche non directive. Une fois cette phase terminée, on procède à une reformulation synthétique des points abordés, et l'on introduit les sous-thèmes du guide qui n'ont pas émergé spontanément de l'interviewé (68).

Lors de la troisième phase, le guide est introduit, ce qui implique l'introduction d'un nouveau thème de manière directive. Ensuite, l'entretien reprend une approche non directive. Une fois cette phase terminée, une reformulation synthétique est réalisée. Si l'interviewé poursuit sur ce sous-thème, l'entretien continue de manière non directive. Sinon, un autre sous-thème est introduit (69).

Dans la phase n°4, après avoir introduit un sous-thème, l'entretien retrouve son caractère non directif. Cela permet de donner à l'interviewé l'espace nécessaire pour s'exprimer librement sur le sujet.

Enfin, lors de la phase n°5, chaque sous-thème non abordé dans le guide est introduit et traité selon le même modèle jusqu'à ce que l'ensemble des thèmes du guide ait été exploré (70).

3. Avantages et limites

L'objectif de cette méthode est de concentrer l'interview sur la personne interrogée, tout en garantissant l'exploration complète des thèmes pertinents pour l'enquêteur (67). Cette approche permet également d'assurer la comparabilité des résultats obtenus au travers des différentes interviews (68).

Cependant, la mise en œuvre de cette méthode peut s'avérer difficile, car les thèmes imposés par l'enquêteur risquent de perturber le déroulement naturel du discours et d'altérer sa fluidité (67).

B. Constitution de l'échantillon

Le nombre d'entretiens nécessaires dans une enquête qualitative dépend de plusieurs facteurs, notamment des objectifs de la recherche, des questions étudiées et du moment où la saturation théorique est atteinte. La saturation théorique fait référence au point où, après plusieurs entretiens, les nouvelles données collectées n'apportent plus de nouvelles informations ou perspectives significatives.

En règle générale, on considère qu'entre 10 et 30 entretiens suffisent pour atteindre la saturation dans de nombreuses études qualitatives. Cependant, ce nombre peut varier en fonction de la complexité des sujets abordés et de l'homogénéité des participants.

Par exemple, dans des études exploratoires ou lorsqu'on cherche à comprendre des expériences spécifiques, un nombre plus faible d'entretiens pourrait suffire. En revanche, pour des recherches plus larges ou des phénomènes plus complexes, un plus grand nombre d'entretiens pourrait être nécessaire pour capter une diversité suffisante de points de vue.

Les recommandations varient également en fonction du type de recherche. Dans certains cas, des études plus focalisées peuvent n'exiger qu'une dizaine d'entretiens, tandis que des enquêtes plus exhaustives, visant à explorer des perspectives variées sur un phénomène, peuvent nécessiter entre 20 et 30 entretiens.

Dans le cadre de cette thèse j'ai réalisé 24 entretiens (5 entretiens experts ; 19 entretiens patients). Pour cette étude, j'ai fait le choix d'interroger à la fois les professionnels de santé, sur leurs connaissances de l'ETP et de la place que celle-ci prend lors d'une consultation. Mais également, des patients diabétiques de type 2 (DT2). En effet, eux seuls peuvent mettre en lumière leur ressenti et l'approche que peut avoir un professionnel de santé vis-à-vis de l'ETP.

J'ai choisi comme "experts", des médecins généralistes ou endocrinologues. J'ai inclus des endocrinologues dans cette étude car ce sont les professionnels de santé qui

voient les patients diabétiques de type 1. Ces patients-là, étant sous insuline, sont systématiquement redirigé vers un programme d'ETP. J'ai ensuite analysé le déroulement de leur consultation afin de voir comment ils abordent l'ETP et surtout les bénéfices et les retours qu'ils en font.

Concernant les patients, il était primordial d'interroger au maximum des patients DT2 (sujets de l'étude) mais également quelques patients DT1 car bien souvent ils ont participé à un programme d'ETP. Ainsi, les entretiens effectués ont pu faire ressortir des idées enrichissantes notamment sur la mise en place de notre prochain livrable. La difficulté rencontrée a été le temps accordé par les professionnels de santé, élément que l'on avait anticipé et discuté. Ceux-ci ont bien souvent trop peu de temps à accorder pour des entretiens. Pour cela et aussi car le questionnaire était relativement court, l'étude a été restreinte à 5 entretiens experts.

C. Passation des entretiens

J'ai élaboré deux guides d'entretien (en annexe) permettant de rendre compte, au travers des différentes questions posées, de la place qu'occupe l'ETP dans la prise en charge et le suivi d'un patient diabétique lors d'une consultation.

Les interviews ont duré en moyenne 20 minutes. Cela n'a pas été un facteur limitant, j'ai pu recueillir des données exploitables, surtout via les entretiens patients car ils ont pu m'accorder plus de temps.

La plupart des entretiens ont été réalisés à distance : par téléphone ou par visioconférence. Cependant, certains ont été réalisés en face/face. L'avantage de cela est que l'on a pu créer une certaine proximité, plus difficile à mettre en place via le téléphone ou la visioconférence qui crée une certaine barrière

J'ai principalement mobilisé mon réseau (familial et amical) mais également les associations régionales de patients diabétiques (les associations des diabétiques en région Occitanie et Isère notamment), sur les réseaux sociaux (LinkedIn et Facebook) ainsi que par mail. Dans un premier temps, j'ai contacté l'association Diabète France de Toulouse qui m'a dirigé vers d'autres associations régionales car ils n'avaient pas le temps pour ce projet. Et de ce fait, j'ai pu recollecter de nombreux retours : plus d'un quart des entretiens patients ont pu être réalisés via la mobilisation des patients des associations notamment de l'AFD Isère.

D. Stratégie d'analyse

La première étape de l'analyse est d'identifier les verbatims, de surligner ceux pertinents selon la question d'étude, et de les catégoriser.

Ensuite, il est important d'identifier les principales catégories de verbatims qui apparaissent le plus fréquemment dans les entretiens. Ces catégories doivent ensuite être organisées sous forme de plan, et les extraits des entretiens doivent être classés dans les catégories appropriées à l'aide d'un tableau Excel (stratégie de codage).

J'ai procédé à une catégorisation sémantique et lexicale, en regroupant les extraits selon les catégories établies, que j'ai listées (voir en annexe).

J'ai également effectué un résumé d'analyse sous forme d'un tableau afin de ressortir les éléments clés de cette étude.

III. RÉSULTATS

A. Les catégories identifiées

Les catégories identifiées dans l'analyse qualitative sont représentées dans le tableau ci-dessous pour les entretiens patients :

Emotion/ressenti	Médical	Changement
Soulagement Peur Choc Tristesse Solitude Croyance / Méconnaissance Soutien	Héréditaire Accompagnement Maladie : symptômes, ressenti physique Traitement	Subi ; Contrainte Mode de vie Apprentissage Action du patient vis-à-vis de la maladie
ETP	Flyers	
Participation : Redevenir « normal » Améliorer ses connaissances Aider dans la maladie, vie de tous les jours Améliorer observance du traitement Non-participation : Les contraintes d'organisation, Difficulté d'intégration des informations Accès via spécialiste	Couleurs Texte Support Présentation	

Les catégories identifiées dans l'analyse qualitative sont représentées dans le tableau ci-dessous pour les entretiens médecins :

Consultation	ETP
Diagnostic Traitement Conseil hygiéno diététique	Connaissance <ul style="list-style-type: none"> • Critique positive • Critique négative Méconnaissance

B. Analyse des entretiens patients

J'ai pris le parti de hiérarchiser l'analyse des entretiens patients en fonction de l'ordre chronologique de leur parcours de soin. C'est-à-dire à l'annonce de la pathologie, puis leur prise en charge par les professionnels de santé, l'impact de la pathologie sur leur vie, la place de l'ETP dans ce parcours de soin et enfin le support de communication pour faire la promotion de l'ETP.

1. Etape 1, l'annonce de la pathologie

Les patients diabétiques sont des patients atteints d'une pathologie chronique. Ils vivent avec cette pathologie à partir du diagnostic jusqu'à la fin de leur vie comme l'a évoqué le patient 3 *“ c'est une maladie qu'il faut toujours avoir en mémoire et de toute façon si tu ne l'as plus en mémoire c'est elle qui te rappelle”*. Même si cette maladie est très répandue et connue du grand public, la pose du diagnostic par le professionnel de santé reste une étape, non anodine, pour un patient comme l'indique le patient 4 *“On se sent un peu à part, [...] un peu isolé aussi. [...] Au fond de moi je me sens différente, différente des autres, comme si j'avais quelque chose à cacher.”*

Le sentiment de solitude est apparu chez certains patients, notamment le patient 11 *“j'ai fait un repli sur moi je me suis senti très seul”*. Certains patients ressentent un sentiment d'accablement et d'isolement : *“J'ai essayé de tirer la sonnette d'alarme en disant je n'y arrive pas, enfin qu'est-ce que je peux faire, [...] je me sentais un peu délaissé parce que mon médecin traitant m'expliquait comme elle pouvait »*.

On peut en déduire que les patients ont besoin d'être davantage accompagné, et cela peut être fait via l'ETP.

La plupart des patients ont évoqué le choc ressenti lors de l'annonce de la pathologie comme le patient 1 : *“ça m'a fait un choc, c'était vraiment la chose que je ne voulais pas avoir”*.

Certains patients partagent également des méconnaissances sur la pathologie qu'est le diabète, par exemple le patient 11 a exprimé : *“Je me disais je suis diabétique donc je ne peux pas forcément faire beaucoup de sport, je risque d'être en hypo. Donc parfois je mangeais beaucoup avant d'y aller.”* Mais aussi le patient 16 qui relate le fait que le diabète est simplement une pathologie où l'on doit faire attention au sucre.

Plusieurs experts s'entendent pour dire que cela passe d'abord et avant tout par l'éducation. Plus les gens sont informés, moins ils se fient aux clichés qu'ils rencontrent. En commençant d'abord par mieux outiller les personnes diabétiques, celles-ci auront alors plus de facilité à démentir les rumeurs en présentant à leur entourage des faits établis. Plus la maladie sera connue, plus facilement les stéréotypes pourront être démantelés et les conséquences qui en découlent évitées. C'est pour cela aussi que l'on peut mettre en lumière l'intérêt de la connaissance et de l'ETP.

Les sentiments d'isolement, de méconnaissance, de choc qui sont bien souvent partagés par les patients diabétiques, sont appréhendés lors de sessions d'ETP. En effet, les patients sont accompagnés et aidés afin de mieux gérer leur maladie et les traitements associés comme a pu le relater le patient 8 *“C'est justement de vivre cet ETP qui m'a éclairci, m'a apaisé”*. Ce patient met clairement en avant que l'ETP lui a permis de mieux appréhender sa pathologie et ainsi de mieux gérer ses émotions face à l'annonce de celle-ci.

2. Etape 2, la prise en charge par les professionnels de santé

Si on ne peut pas en guérir, il est possible de bien vivre avec le diabète. La prise en charge de la maladie repose sur la normalisation de la glycémie. Pour réguler sa glycémie, il existe différents traitements selon le type de diabète et le profil du patient

:

- Les mesures hygiéno-diététiques : maîtrise de l'alimentation et activité physique
- Les antidiabétiques oraux (médicaments) ou injectables ; tous les patients diabétiques de type 2, de l'étude, sont sous Metformine, comme le patient 2 *"On m'a dit, bon tu es diabétique tu dois faire attention, voilà, tu vas prendre de la metformine"*
- Les injections d'insuline, une à plusieurs fois par jour, traitement pris par le patient 9 *" j'ai un traitement médicamenteux et puis insuline depuis peut être 5-6 ans à peu près"*.

Les symptômes du diabète de type 2 sont discrets et il est le plus souvent diagnostiqué à l'occasion d'une prise de sang. Les patients diabétiques de type 2 sont suivis particulièrement par le médecin généraliste comme l'indique le patient 2 *" C'est à dire que c'est mon médecin traitant qui assure la coordination et qui maintenant assure aussi le suivi de mon diabète"* mais bien souvent leur rôle se cantonne seulement au renouvellement du traitement *"Mon médecin traitant il me sert juste à renouveler mon traitement automatiquement, mais sinon mon traitement il est changé seulement par l'équipe pluridisciplinaire et mon diabétologue de ville"*.

On remarque bien que le médecin généraliste joue un rôle clé dans la prise en charge des patients diabétique car bien souvent ils ne sont suivis que par celui-ci comme nous l'indique le patient 14 *"je ne suis suivie que par mon médecin généraliste"*.

3. Etape 3, impact de la pathologie sur la vie du patient

Un sentiment de contrainte liée à la pathologie est ressenti chez certains patients. Le patient 13 témoigne *« Ça a été compliqué, de ne pas pouvoir faire tout comme les autres et de devoir faire attention tout le temps. »*.

Cette sensation de contrainte peut entraîner chez les patients une frustration. Le changement de mode de vie du patient peut être mal vécu si le patient manque d'accompagnement, c'est pourquoi le professionnel de santé a un rôle important à

jouer pour aider et accompagner le patient dans cette transition et dans la mise en place d'un changement de mode de vie.

Certains patients ont à la suite de la pathologie mis en place certaines actions dans leur quotidien de manière proactive. En effet, le patient 16, indique « *je jongle avec mon alimentation, je jongle avec mon repas et en jonglant comme ça, les chiffres ne changeaient pas* ».

Grâce à cet apprentissage, les patients ont le sentiment d'avoir plus de contrôle sur leur pathologie, d'être acteur. De plus, nombreux sont les patients qui ont appris grâce à l'expérience et aux années de vécu avec la pathologie. On peut citer le patient 8 « *Compter les calories je sais le faire, compter les glucides ce n'est pas plus dur. C'est un réflexe, c'est des maths, ce n'est pas compliqué* ». Mais aussi le patient 5 qui dit « *j'ai investi beaucoup de temps dans la maladie je m'auto gère quoi.* ». On observe donc qu'il y a un réel intérêt à l'ETP dans l'apprentissage de la pathologie par les patients.

Une relation de confiance doit être instaurée au préalable. Comme indique le patient 9, le médecin généraliste reste « l'associé » du patient. Cet élément montre le fait qu'une alliance thérapeutique patient/médecin de confiance est nécessaire dans la prise en charge du patient et dans son adhésion à celle-ci.

Pour résumer, le diabète peut impacter la presque totalité des aspects de la vie du patient. Pour le diabète de type 2, il ne s'agit pas simplement de surveiller la glycémie, bien que ce soit un aspect important du traitement du diabète. La prise en charge du diabète exige également des modifications dans les habitudes de vie comme le régime, l'exercice et la prise de médicaments. Mais cela n'est pas sans conséquences, en effet, s'il n'est pas pris en charge correctement, le diabète augmente le risque de complications (maladies cardiaques, dommages aux nerfs, aux reins, aux yeux et aux pieds). C'est pourquoi il est indispensable d'assurer un suivi et un accompagnement régulier par un professionnel de santé chez ce type de patient afin d'éviter l'arrivée de ces complications.

Un des outils mis à disposition du médecin généraliste lors d'une consultation avec un patient diabétique est l'ETP. L'ETP a une réelle valeur ajoutée et ses bénéfices

sont multiples. Elle permet d'accompagner le patient et de l'aider à mieux vivre son diabète par le biais de programmes mis en place avec une équipe pluridisciplinaire. L'ETP permet aussi de devenir acteur de sa santé, d'apprendre à mieux agir au quotidien et de connaître sa pathologie.

4. Etape 4, l'éducation thérapeutique patient

Comme toutes les pathologies chroniques, le diabète requiert une attention de chaque instant comme le confirme le patient 6 *“être toujours sur le qui-vive, jamais sereine”*, à la fois dans la prise médicamenteuse, mais également dans le quotidien comme indique le patient 5 *“ils prennent vraiment en globalité la personne, ils ne prennent pas uniquement le diabète point barre, ça j'ai beaucoup apprécié”*.

L'alliance thérapeutique entre le patient et les professionnels de santé permet un suivi sur le plan médical et la délivrance de conseils sur le mode de vie. Néanmoins, on remarque que parfois le suivi des patients fait défaut. Ce manque de suivi est compensé en grande partie par les programmes d'éducation thérapeutique patient (ETP) nous confie le patient 7 *“Ça améliore vraiment l'observance, on va revoir des bases sur la nutrition, l'activité physique, l'alcool, la sexualité etc. En échangeant avec des infirmières, des médecins et des patients, on améliore les connaissances et l'observance du traitement.”*

A travers ces entretiens patients, on peut constater une connaissance inégale de ces programmes par les patients. En effet, nous avons observé que les patients diabétiques de type 2 avaient une connaissance et une participation moins étendue de ces programmes par rapport au patient diabétique de type 1. Le patient 4, diabétique de type 1 fut mis au courant de ces programmes très tôt dans sa pathologie *“C'était lors d'une hospitalisation, lors de ma première mise sous pompe en 2004”*, tandis que le patient 9 diabétique de type 2 indique que *“Je n'en ai pas entendu parler. Je ne sais pas du tout. Qu'est-ce que c'est que ça alors ?”*. On peut déduire de cela que les patients diabétiques de type 1, diagnostiqués souvent à des âges bien plus jeunes que les diabétiques de type 2 ont un suivi plus complet et une connaissance plus approfondie de leur maladie. Ceci s'explique par la différence du niveau de connaissance sur l'ETP entre les patients diabétiques de type 1 et 2. On peut

également dire que leur parcours de soin est différent. La mise sous insuline comme le patient 4 implique obligatoirement une participation à un programme d'ETP.

De cette différence entre les patients diabétiques de type 1 et 2, j'ai voulu comprendre l'impact de la participation à ces programmes d'ETP, majoritaire chez les patients diabétiques de type 1 sur leur qualité de vie. Dans la plupart des cas, les patients tirent des bénéfices et des aspects positifs de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). D'après les témoignages recueillis, j'ai constaté une amélioration globale de leurs connaissances, ainsi qu'une évolution tangible dans leur vie quotidienne, notamment en ce qui concerne le sport et l'alimentation. En plus des conseils en hygiène et diététique et de l'enrichissement de leurs connaissances, les patients ayant participé à des programmes d'ETP ont également mentionné une amélioration significative de leur observance.

Dans un second temps, j'ai voulu savoir comment ceux qui avaient participé à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) y étaient arrivés. L'objectif de cette étape est de recueillir des informations sur le moment du parcours de soins où la sensibilisation manquait, afin de vérifier si cela se faisait lors de la consultation avec le médecin généraliste. J'ai constaté que tous les patients interrogés avaient été dirigés vers un programme sans l'aide de leurs médecins généralistes.

5. Etape 5, support de communication pour la promotion de l'ETP

Dans le but de recueillir des informations sur le meilleur support à délivrer pour promouvoir l'ETP chez le médecin généraliste, j'ai présenté au cours de ces entretiens, un flyer déjà existant réalisé par l'association Diabète Occitanie pour savoir ce qui plaît ainsi que les axes d'améliorations. Les réponses concernant ce flyer ont été assez homogènes, ce qui permet d'avoir une idée claire sur les aspects à reproduire ou non dans la réalisation d'un support.

De l'ensemble de ces entretiens, il semble que le support de communication devrait utiliser des couleurs vives et joyeuses, avec un texte concis et suffisamment grand pour être lisible par tous. De plus, il serait judicieux de proposer à la fois un support digital et papier pour toucher un large public, quel que soit l'âge. Il est également apparu que le support serait plus efficace s'il accompagné d'un commentaire ou qu'il est délivré par un professionnel de santé, le support en lui-même ne suffit pas. Enfin,

il a été suggéré que la distribution ne se limite pas à la salle d'attente du médecin généraliste, mais inclue également les pharmacies et les laboratoires d'analyses, où l'on trouve souvent des télévisions.

L'ensemble de ces informations nous orientent grandement quant à la production d'un support de communication avec une efficacité maximale pour sensibiliser les professionnels de santé aux programmes d'ETP pour leurs patients diabétiques.

C. Analyse des entretiens professionnels de santé

Comme cité précédemment, le professionnel de santé joue un rôle central dans la prise en charge du patient diabétique de type II. C'est pourquoi, j'ai pris le parti d'interroger quelques-uns de ces acteurs de santé.

Dans un premier temps nous aborderons différents aspects d'une consultation avec un patient diabétique, mettant en évidence la relation patient-professionnel de santé qui est au cœur de l'alliance thérapeutique. Puis, nous nous focaliserons sur leur rapport à l'ETP pour répondre à notre problématique, mais cette fois-ci, du point de vue du professionnel de santé.

1. Etape 1, la consultation médicale

En moyenne, un médecin généraliste fait 20 consultations par jour d'une durée d'une vingtaine de minutes. Lorsqu'on interroge un professionnel de santé sur ces consultations et qu'on lui demande d'évaluer la proportion que représente la part de patients diabétiques, ils nous relatent qu'en moyenne cela représente 4 ou 5 patients par jours. Il est à noter que les patients diabétiques de type 2 sont une part non négligeable de la patientèle des médecins généralistes, notamment les personnes âgées.

Comme toutes les pathologies, la relation PDS/patient commence par le diagnostic. L'interne en médecine a pu décrire les actions mises en place lors d'une suspicion de diabète de type 2 *“on a demandé un examen clinique général puis des examens biologiques. En termes de clinique à proprement parler, on a juste relevé les symptômes mais la partie biologique va aller plus en profondeur avec l'évaluation de la fonction rénale, la glycémie à jeun, l'hémoglobine glyquée et la NFS. C'est le*

premier truc qu'on fait lorsqu'on suspecte un diabète de type 2."

Le diabète de type 2 étant une maladie chronique pouvant entraîner des complications cardiovasculaires, ophtalmologiques, rénales, il nécessite un suivi au long cours *"il y aura toujours un bilan cardiologique à prévoir une fois par an, un bilan ophtalmo tous les 3 ans"* nous dit le PDS 4.

Les complications du diabète étant étroitement corrélées au suivi du patient il est nécessaire de surveiller le taux d'hémoglobine glyquée et la glycémie à jeun.

A la suite du diagnostic, des traitements médicaux par voie orale et/ou injectable, selon l'évolution de la pathologie, peuvent être instaurer. Cependant la prise en charge du patient diabétique de type II repose sur la mise en place de règles hygiéno-diététiques telles que l'équilibre alimentaire et une activité physique régulière *"avant de changer les traitements, on commence par donner des conseils hygiéno-diététiques."* (PDS 1).

2. Etape 2 : place de l'ETP au cours de la consultation médicale

Comme cité précédemment, le PDS a à sa disposition un outil de taille pour améliorer la prise en charge et le suivi du patient diabétique de type II : l'ETP. Dans cette partie, nous aborderons la place de cette ETP au cours d'une consultation médicale.

Si on aborde le sujet de l'ETP lors de leur consultation, les PDS en grande majorité ont connaissance de ces programmes. Malgré le fait que tous s'accordent sur les bienfaits de l'ETP *"l'ETP me semble indispensable"* (PDS 3), on remarque un manque de redirection des patients diabétique de type II, par les médecins généralistes, auprès de ces structures *"Ce n'est pas assez valorisé chez les médecins généralistes alors que même chez les infirmiers, les psychologues les diététiciens sont plus sensibilisés à ça."*

Cette observation peut s'expliquer par le fait que certains ne s'estiment pas assez formés et informés : *"Mais c'est aussi que je n'ai pas été sensibilisé, on ne nous a pas formés spécifiquement à ça."* (PDS 2).

Si nous mettons en parallèle les points de vue des médecins généralistes avec les patients diabétiques type II, nous pouvons mettre en évidence que l'élément qui fait

défaut pour une redirection vers les programmes d'ETP se situe lors de la consultation chez le médecin généraliste. En effet, nous avons observé que les patients qui avaient participé à un programme d'ETP l'avaient fait sous conseil de leur diabétologue. De plus, lorsqu'on interroge les médecins généralistes, on remarque malgré une connaissance de ces programmes, un manque de redirection systématique de leurs patients diabétiques de type II vers l'ETP. Ceci peut s'expliquer par un manque de formation ou de sensibilisation de ces derniers à ces structures. De ce fait, les médecins généralistes n'ont pas le réflexe d'orienter leurs patients diabétiques vers l'ETP.

IV. DISCUSSION DES RÉSULTATS

A. Discussion

A l'ère, d'un allongement du nombre d'année de vie, les maladies chroniques sont les pathologies qui nécessitent le plus de rigueur dans leur appréhension et leur gestion par le patient au quotidien, mais aussi dans leur traitement et leur prise en charge par le professionnel de santé. Un accompagnement annexe à l'alliance thérapeutique patient/médecin au sens strict, l'ETP, a déjà montré des résultats très encourageants dans la prise en charge des patients et l'observance de leur traitement (32).

Le diabète est la pathologie chronique la plus répandue en France (6) et sa prise en charge nécessite bien sûr la prise régulière du traitement médicamenteux, mais surtout une prise en charge hygiéno-diététique très importante. L'ETP, annexée à la prise en charge par le médecin semble alors être un atout majeur dans l'observance et l'amélioration de la qualité de vie des patients diabétiques.

Dans le cadre de cette analyse et de cette thèse, je me suis penchée sur le rôle de l'ETP lors des consultations médicales des patients diabétiques. Pour cela, j'ai réalisé un état des lieux concernant la connaissance, la sensibilisation et la participation à des programmes d'ETP, en menant des entretiens avec 19 patients diabétiques et 5 professionnels de santé.

A la suite du diagnostic d'un diabète, le travail d'acceptation de la maladie et de ses contraintes quotidiennes peut se révéler contraignant pour la personne diabétique. Rares sont les maladies qui requièrent autant d'attention. Le traitement du diabète n'est pas contraignant en soi, mais sa prise en charge quotidienne et la gestion des événements de la vie courante peut être stressante. Le diabète est une pathologie qui demande beaucoup d'énergie au niveau psychologique.

Les résultats de l'analyse qualitative soulignent l'importance de se focaliser sur la consultation avec le médecin généraliste pour promouvoir l'éducation thérapeutique du patient (ETP), car c'est clairement là que se situe le besoin. Il est évident que la promotion des programmes d'ETP, dans le but d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients diabétiques de type 2, doit impérativement passer par le médecin

généraliste.

Nous faisons face à un constat préoccupant concernant la connaissance et la sensibilisation des patients diabétiques de type II à l'ETP. En effet, l'étude révèle que ces patients ne participent en moyenne pas aux programmes d'ETP, et que ceux qui le font, ne sont pas orientés par leur médecin généraliste.

B. Auto-critique

Tout d'abord, la majorité des entretiens menés dans le cadre de l'analyse qualitative ont été réalisés par visioconférence, en raison de l'éloignement géographique et du contexte sanitaire lié à la COVID-19. Cette méthode ne parvient pas à recréer l'atmosphère intime et de confiance d'une consultation en personne chez le médecin, ce qui peut amener le patient à être moins enclin à partager des informations personnelles sur sa maladie. Les données recueillies à partir de ces entretiens, bien que répondant à la problématique, sont relativement limitées. Cela peut être attribué à la nature factuelle du sujet et de la question posée. Une étude quantitative ou semi-quantitative aurait sans doute été plus appropriée pour explorer cette problématique, car elle est fortement influencée par la participation des patients aux programmes d'ETP, ce qui entraîne une dichotomie dans les réponses.

De plus, les entretiens ont été réalisés avec des personnes de différents âges et catégories socioprofessionnelles, ce qui peut engendrer des variations dans les réponses des patients et influencer leur capacité à s'exprimer.

En constituant le panel de patients, j'ai réalisé que limiter les entretiens uniquement aux patients diabétiques de type II poserait une contrainte pour l'analyse qualitative. En effet, un nombre trop restreint de participants ne permet pas d'aborder la problématique de manière approfondie. J'ai donc décidé d'inclure des patients diabétiques de type I, ce qui m'a permis de collecter davantage d'informations et de données sur l'ETP, car ces patients ont généralement participé à un programme d'éducation thérapeutique.

Cependant, le fait que cette étude se concentre sur la prise en charge des patients signifie que les conclusions tirées de cette analyse qualitative, englobant à la fois les

diabétiques de type I et II, peuvent être biaisées.

V. CONCLUSION

En conclusion, cette thèse a mis en lumière l'importance cruciale de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge des maladies chroniques, en particulier du diabète de type 2. À travers l'analyse qualitative réalisée, il est apparu clairement que la sensibilisation et la promotion des programmes d'ETP doivent impérativement passer par le médecin généraliste, qui joue un rôle central dans l'accompagnement des patients.

Mon engagement dans cette recherche trouve ses racines dans une expérience personnelle douloureuse. Mon père, atteint de diabète de type 2, est décédé des complications liées à son diabète, en grande partie à cause d'une non-observance de son traitement. Cette perte m'a profondément marquée et m'a convaincue qu'un programme d'éducation thérapeutique aurait pu faire une différence significative dans sa vie. En le rendant acteur de sa santé, il aurait pu mieux comprendre sa maladie et les enjeux liés à son traitement, ce qui aurait potentiellement changé le cours des choses.

L'ETP a le pouvoir de transformer la relation entre le patient et sa maladie. En fournissant aux patients des outils et des connaissances, nous les aidons à prendre conscience de l'importance de leur rôle dans la gestion de leur santé. De nombreuses études ont démontré son efficacité pour améliorer l'observance et l'adhérence des patients à leur traitement. En outre, les recherches révèlent que ceux qui participent à des programmes d'éducation thérapeutique affichent non seulement une meilleure observance de leur traitement, mais également des progrès significatifs dans divers paramètres cliniques.

Au-delà de l'amélioration des marqueurs biocliniques, l'éducation thérapeutique des patients diabétiques a également un impact tangible sur leur qualité de vie et leur bien-être général. En favorisant une meilleure compréhension de leur maladie et en les rendant acteurs de leur santé, l'ETP contribue à une gestion plus efficace de leur condition, ce qui se traduit par un sentiment de contrôle accru et une amélioration de leur état de santé global.

En somme, je suis convaincue que l'éducation thérapeutique du patient est une clé essentielle pour aider les personnes atteintes de diabète à mieux gérer leur condition. Mon espoir est que, grâce à une meilleure éducation et à un soutien adapté, nous puissions éviter que d'autres patients ne subissent le même sort que mon père.

ANNEXES

A. Entretien patient

Guide entretien – patients :

1ère partie de l'entretien : Informations patient

Pour débiter vous n'êtes pas obligés de répondre à toutes les questions. Quel a été votre ressenti lors du diagnostic de la pathologie ?

Depuis combien de temps vivez-vous avec votre pathologie ?

Quel est l'impact de votre pathologie sur votre quotidien ?

- Sur votre traitement ?
- Sur votre mode de vie, nutrition, activité physique ?
- Sans indiscretion le diabète a-t-il eu un impact sur votre santé ? Hypertension ? Rein (insuffisance rénale) ? Pieds (pied diabétique, amputation) ? Yeux (cécité) ? Cœur ?

Êtes-vous suivi régulièrement dans le cadre de votre pathologie par une équipe multidisciplinaire (diabétologue, podologue, médecins généralistes, diététicien) ?

Si oui, parviennent-ils à améliorer votre prise en charge globale concernant vos comorbidités, votre activité physique et votre suivi nutritionnel ?

Quand à peu près a eu lieu votre dernière consultation avec votre médecin généraliste ? Dans quel cadre avait-elle lieu ?

Relance si pas diabète : et celle pour laquelle vous avez consulté pour votre diabète.

Je ne veux surtout pas être indiscret, est ce que vous pourriez me parler un peu de cette consultation. Quelque chose de particulier, de différent des autres fois vous revient-il ? Vous a-t-il conseillé des choses ?

Avez-vous déjà entendu parler de programmes d'ETP ? Si oui, pouvez-vous m'en dire quelques mots, ça vous évoque quoi ?

Dans vos consultations au sujet du diabète, on vous en a parlé ? Avez-vous déjà eu recours à des séances d'ETP ?

- Si oui : comment êtes-vous arrivés à ces séances, par quelles étapes ?
 - Comment ça s'est passé, pouvez-vous me raconter ?
 - Qu'en avez-vous retiré ?
- Si non : vous a-t-on déjà proposé ce genre de programme ?

Avez-vous une idée des bénéfices des programmes d'ETP pour les patients diabétiques ?

2e partie de l'entretien : Présentation du support

Nous vous présentons pour exemple cette brochure réalisée par Diabète Occitanie concernant l'ETP. Qu'en pensez-vous ?

Cette brochure est disponible sur le site internet de l'association. Êtes-vous sensible aux outils digitaux ?

Selon vous, quel est le meilleur support/moyen de communication pour promouvoir l'ETP auprès des patients ?

A la suite de cet entretien pensez-vous avoir développé vos connaissances sur l'ETP ? Seriez-vous prêt à suivre un programme d'ETP ?

B. Entretien expert

Guide entretien - PDS

Enquête n°1 : enquête qualitative

Entretien phénoménologique

Quelle est la place de la recommandation de l'ETP lors d'une consultation médicale ?

Questions à destination des médecins généralistes :

- Combien de consultations de patients diabétiques vous avez en moyenne par jour ?
- Décrire une de vos dernières consultations avec un patient DT2 ? (Nouvellement diagnostiqué ? Patient qui vient pour un renouvellement ?)
- Est-ce qu'il vous arrive de faire des recommandations au patient DT2 à la suite d'une consultation. Lesquelles le plus souvent ?
- Avez-vous connaissance de l'existence des programmes d'ETP ? et de l'ETP de manière générale ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Relance : est-ce que c'est un sujet que vous abordez dans vos consultations DT2

Si oui : Par exemple lors de votre dernière consultation ? Si oui, comment ça s'est passé ?

Si non : Selon vous pourquoi n'avez-vous pas orienté votre patient vers l'ETP?

L'envisagez-vous pour vos prochaines consultations ?

Si oui : Vers quelle structure ?

Comment se passe son suivi et quels en sont les bénéfices dans votre pratique et dans le parcours de soin du patient ?

Qu'auriez-vous besoin de savoir ? Qu'est ce qui pourrait vous aider ?

C. Tableau d'analyse résumé

Catégorie	I. Emotion resenti								II. Médical				III. Changement				IV. ETP							V. Flyer				
	Soulagement	Peur	Choc	Tristesse	Solitude	Croyance	Soutien	Détermination	Héréditaire	Accompagnement	Maladie : Symptômes, ressenti physique	Traitement	Subi, Contraintes	Mode de vie	Apprentissage	Action du patient vis-à-vis de la maladie	Participation				Non participation			Accession via spécialiste	Couleurs	texte	Support	Présentation par médecins généralistes
Sous catégorie II																redevenir "normal"	Améliorer ses connaissances	Aider dans la maladie, vie de tous les jours	Améliorer observance du TTT	Contraintes d'organisation	Difficulté d'intégration des informations	Autres						
Comptage fragments de verbatim patient 1	0	0	2	0	1	1	0	0	2	0	1	2	0	3	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2
Comptage fragments de verbatim patient 2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	2	0	3	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Comptage fragments de verbatim patient 3	1	1	1	0	1	0	1	1	1	2	5	3	1	4	1	1	1	2	1	0	0	0	2	0	0	1	1	
Comptage fragments de verbatim patient 4	0	1	3	1	7	1	0	0	0	4	1	5	1	6	5	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	5	
Comptage fragments de verbatim patient 5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	1	2	3	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	1	1	1	
Comptage fragments de verbatim patient 6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	2	1	1	5	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	
Comptage fragments de verbatim patient 7	1	0	0	2	0	0	0	0	0	4	3	0	5	3	10	7	1	2	3	1	0	2	0	1	1	2	0	
Comptage fragments de verbatim patient 8	2	1	0	2	0	0	1	1	0	4	2	3	2	4	0	5	2	5	0	0	0	0	2	1	3	2	1	
Comptage fragments de verbatim patient 9	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	3	1	0	2	1	2	0	0	2	4	1	0	0	4	1	1	2	
Comptage fragments de verbatim patient 10	0	0	0	0	0	2	0	1	1	9	6	1	3	3	0	1	0	11	4	2	0	0	1	0	0	0	0	
Comptage fragments de verbatim patient 11	2	2	2	1	2	4	0	2	0	10	4	4	9	7	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	

Comptage fragments de verbatim patient 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	2	4	5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Comptage fragments de verbatim patient 13	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	3	1	1	0	1	4	2	0	0	0	0	1	1	1	2	4
Comptage fragments de verbatim patient 14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	1	0	3	1	0	5	0	6	2	1	0	0	0	1	0	1	2	1
Comptage fragments de verbatim patient 15	0	0	0	0	0	3	0	0	1	5	1	3	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Comptage fragments de verbatim patient 16	1	1	0	0	0	5	0	0	0	3	4	2	0	7	2	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	1	1	0
Comptage fragments de verbatim patient 17	0	1	2	1	2	3	0	0	0	6	6	4	4	4	1	4	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Comptage fragments de verbatim patient 18	0		1	0	0	0	0	0	0	5	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Comptage fragments de verbatim patient 19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

D. Tableau d'analyse résumé – experts

	Volumétrie	Consultation			ETP		
		Diagnostic	Traitement	Conseils hygiéno-diététiques	Connaissance		Méconnaissance
					Critique positive	Critique négative	
Expert 1	2	0	3	13	6	0	0
Expert 2	3	2	3	7	2	1	0
Expert 3	2	3	1	4	0	0	1
Expert 4	2	0	4	3	5	0	0
Expert 5	2	4	4	2	0	0	3

BIBLIOGRAPHIE

1. 2019_14_maladies_chroniques.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf
2. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique
3. PRETICARD : Programme d'Education Thérapeutique du patient Insuffisant Cardiaque | Fiche santé HCL [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/preticard-programme-etp-insuffisant-cardiaque>
4. Qu'est-ce-que l'ETP ? – Etp-rhumatologie.org [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: https://www.etp-rhumatologie.org/?page_id=6
5. Lang JP, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Lalanne Tongio L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 févr 2019;67(1):59-64.
6. The burden and treatment of diabetes in France - PubMed [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24555698/>
7. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
8. Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention - PubMed [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25249787/>
9. Maggio CA, Pi-Sunyer FX. Obesity and type 2 diabetes. Endocrinol Metab Clin North Am. déc 2003;32(4):805-22, viii.
10. Mamed MDS, Grossen M, Cauderay M. L'explication du diabète dans une séance d'éducation thérapeutique : une activité discursive contribuant au développement professionnel des soignants. Lang Société. 27 janv 2020;169(1):129-51.
11. Bismuth-Reisman E. Le diabète de type 2 chez l'enfant et l'adolescent. Médecine Mal Métaboliques. sept 2020;14(5):401-7.
12. Différence diabète type 1 et 2 (DT1 & DT2) : causes et traitements | dbi-diabète [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.dbi-diabete.fr/tout-sur-le-diabete/abc-diabete/diagnostic/difference-diabete-type-1-2>
13. VIDAL [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2025]. Comment digérons-nous les aliments ? Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/corps-aliments/digestion-aliments.html>

14. Diabète de type 1 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-1/>
15. Diabète de type 1 | Diabète Québec [Internet]. 2022 [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.diabete.qc.ca/le-diabete/informations-sur-le-diabete/diabete-de-type-1/>
16. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Diabète de type 2 : les thérapies non médicamenteuses d'abord. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3520515/fr/diabete-de-type-2-les-therapies-non-medicamenteuses-d-abord
17. Diabète– Santé publique France [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/>
18. Diabète de type 2 : un trouble du métabolisme principalement lié au mode de vie | Santé.fr [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/diabete-de-type-2-un-trouble-du-metabolisme-principalement-lie-au-mode-de-vie-0>
19. EN FRANCE, LE DIABETE TUE CHAQUE ANNÉE ... | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/espace-presse/communiqués-de-presse/en-france-le-diabete-tue-chaque-annee-10-fois-plus-que-les-accidents-de-la-route-silencieusement>
20. ref_aps_dt2_vf.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_dt2_vf.pdf
21. Qu'est-ce que le diabète ? [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-adulte/diabete-comprendre/definition>
22. referenciel_pratiques_diabete.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/referenciel_pratiques_diabete.pdf
23. Diabète de type 2 - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/diabete-type-2.html>
24. Diabète de type 2 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>
25. CeeD - Centre européen d'études du Diabète [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ceed-diabete.org/dmPageNotFound>
26. Notre engagement pour l'innovation [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://pro.campus.sanofi.fr/generalites-diabete/articles/notre-engagement-pour-l-innovation>, <https://pro.campus.sanofi.fr/generalites-diabete/articles/notre-engagement-pour-l-innovation>
27. ZOOM SUR LE PANCRÉAS ARTIFICIEL ENFIN COMMERCIALISÉ ET REMBOURSÉ EN FRANCE | Diabète 66 [Internet]. 2022 [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.diabete66.fr/zoom-sur-le-pancreas-artificiel-enfin-commercialise-et-rembourse-en-france/>

28. LEEM-EXPORT-WEB-100Q-SANS-FOLIO-141020106-107.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.leem.org/sites/default/files/questionpdf/LEEM-EXPORT-WEB-100Q-SANS-FOLIO-141020106-107.pdf>
29. inserm-ec-2019-activitephysiquemaladieschroniques-synthese.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2019-02/inserm-ec-2019-activitephysiquemaladieschroniques-synthese.pdf>
30. Diabète : Prévention et facteurs de risque - Canada.ca [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete/prevention-facteurs-risque.html>
31. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche | Cairn.info [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-savoirs-2014-2-page-9?lang=fr>
32. article_efficacite_etp_2009_laggerpatakylolay.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://www.hopitalrivierachablais.ch/upload/docs/application/pdf/2016-11/article_efficacite_etp_2009_laggerpatakylolay.pdf
33. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
34. Education thérapeutique du patient, 1998.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1%26isAllowed=y>
35. Education thérapeutique du patient - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
36. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 20 nov 2002;288(19):2469-75.
37. Fougere É. Éducation thérapeutique et diabète de type 2. *Actual Pharm*. 1 juill 2021;60(608):57-8.
38. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. juin 2012;35(6):1364-79.
39. Hidvégi T. [Patient education: an indispensable element of care of patients with diabetes mellitus]. *Orv Hetil*. 27 nov 2011;152(48):1941-8.

40. Coppola A, Sasso L, Bagnasco A, Giustina A, Gazzaruso C. The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes: an overview. *Endocrine*. juill 2016;53(1):18-27.
41. Gazzaruso C, Coppola A, Giustina A. Erectile dysfunction and coronary artery disease in patients with diabetes. *Curr Diabetes Rev*. mars 2011;7(2):143-7.
42. Erectile dysfunction and angiographic extent of coronary artery disease in type II diabetic patients - PubMed [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16224493/>
43. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice - PubMed [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15797851/>
44. Świątoniowska N, Sarzyńska K, Szymańska-Chabowska A, Jankowska-Polańska B. The role of education in type 2 diabetes treatment. *Diabetes Res Clin Pract*. mai 2019;151:237-46.
45. National standards for diabetes self-management education - PubMed [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14693955/>
46. Redmon JB, Bertoni AG, Connelly S, Feeney PA, Glasser SP, Glick H, et al. Effect of the look AHEAD study intervention on medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. juin 2010;33(6):1153-8.
47. Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care | The BMJ [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e2333/rapid-responses>
48. Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured patient education: the diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. sept 2006;23(9):944-54.
49. Chudiak A, Lomper K, Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I. The impact of diabetes education on the assessment of the quality of life of patients type 2 diabetes. *Probl Pielęgniarstwa*. 8 juill 2015;23(1):1-6.
50. Effect of educational intervention based on the Health Belief Model on promoting self-care behaviors of type-2 diabetes patients - PubMed [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29560148/>
51. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol*. juin 2001;51(6):615-22.
52. Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patients' adherence to medications. *Int J Clin Pharm*. févr 2014;36(1):26-9.

53. Horigan G, Davies M, Findlay-White F, Chaney D, Coates V. Reasons why patients referred to diabetes education programmes choose not to attend: a systematic review. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* janv 2017;34(1):14-26.
54. Keers JC, Groen H, Sluiter WJ, Bouma J, Links TP. Cost and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education programme. *J Eval Clin Pract.* juin 2005;11(3):293-303.
55. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care.* févr 2002;25(2):269-74.
56. Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, Von Worley A, Vazquez-Benitez G, Parker E, et al. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 12 déc 2011;171(22):2001-10.
57. Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 janv 2009;2009(1):CD005268.
58. Lasserre Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lager G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale.* mai 2008;9(2):83-93.
59. etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
60. Deccache, A., Berrewaerts, J., Libion, F., & Bression, R. Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients : que peut changer un programme ?
61. Lecorps P. Éducation thérapeutique du patient : la question du sujet. *Contact Santé.* avr 2008;(n° 225):38-40.
62. L'éducation thérapeutique : pourquoi ? - EM consulte [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/138375/education-therapeutique-pourquoi>
63. Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient - Quality criteria for training (level 1) to therapeutic patient education | Éducation thérapeutique du patient / Therapeutic patient education (ETP/TPE) [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2014/01/tpe140002-s/tpe140002-s.html>
64. Lasserre Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lager G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale.* mai 2008;9(2):83-93.
65. Lasserre Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lager G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation

continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale*. mai 2008;9(2):83-93.

66. Chau JPC, Chung LCL, Wong RYM, Loo KM, Lo SHS, So TTY, et al. An evaluation of a web-based diabetes education program designed to enhance self-management among patients living with diabetes. *Comput Inform Nurs CIN*. déc 2012;30(12):672-9.
67. Kvale S, Brinkmann S. *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 2009. xviii, 354 p. (*InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*, 2nd ed).
68. H. J. Rubin, I. S. Rubin. *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. SAGE Publications. 2011;
69. Sage Research Methods - *Reflective Interviewing: A Guide to Theory and Practice* [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://methods.sagepub.com/book/mono/reflective-interviewing/toc>
70. - RA. *L'entretien semi-directif : méthode et pratique*. Press Univ Fr. 2011;

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2024/2025

Nom : Haddach
Prénom : Sofia

**Titre de la thèse : SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À
L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2**

Mots-clés : Diabète, Education thérapeutique patient, Accompagnement pluridisciplinaire,

Résumé : L'éducation thérapeutique patient (ETP) s'avère essentielle dans la gestion du diabète de type 2, maladie chronique en constante progression. Elle permet au patient diabétique de devenir acteur de sa prise en charge, en acquérant des compétences pour mieux gérer sa santé au quotidien via une approche personnalisée et un accompagnement pluridisciplinaire. Malgré une efficacité démontrée par l'amélioration d'indicateurs cliniques, l'adhésion aux programmes d'ETP reste limitée, souvent en raison d'un manque d'information et d'implication des soignants, particulièrement du côté des médecins généralistes. L'analyse qualitative réalisée au cours de cette thèse souligne la nécessité d'une meilleure communication et de la formation continue des professionnels pour renforcer l'accès et l'impact de l'ETP, en vue d'améliorer durablement la qualité de vie des personnes vivant avec un diabète.

Membres du jury :

Président : BROUSSEAU Thierry, Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH), Faculté de Pharmacie de Lille

Assesseur(s) : DINE Thierry, Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH), Faculté de Pharmacie de Lille

Membre(s) extérieur(s) : MARION Camille, Pharmacien Industrie - Cheffe de Gammes Senior, Laboratoire CCD Paris