

Année 2022/2023

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Chloé JULIENNE**

Née le 27/08/1994 à Alençon (61)

---

### **Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : pratiques des médecins généralistes dans le secteur de Blois**

---

Présentée et soutenue publiquement le **11 mai 2023** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Claire PIETTE, Médecine générale, Santé Escale 41 – Blois

**Directeur de thèse : Docteur Régis PIQUEMAL, Médecine interne, PH, Centre Hospitalier Simone Veil – Blois**

## **TITRE DE LA THESE :**

Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : pratiques des médecins généralistes dans le secteur de Blois

## **RESUME :**

**Introduction :** Le diabète de type 2 est une des maladies chroniques les plus fréquentes en France et son incidence ne cesse de croître. L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de sa prise en charge. Le médecin généraliste, en tant que principal interlocuteur des diabétiques de type 2, a donc un rôle à jouer dans sa mise en œuvre.

**Objectif :** Explorer les pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 dans le secteur de Blois.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée auprès d'un échantillon hétérogène de 11 médecins généralistes installés dans le secteur de Blois. Analyse des données selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Les médecins généralistes ont des pratiques éducatives auprès de leurs patients diabétiques de type 2. Il s'agit plus d'information et de conseil que d'une véritable ETP. Cette part éducative de la prise en charge leur pose quelques difficultés : manque de temps, manque d'intérêt des patients, impact limité de leur discours et parfois manque d'intérêt du médecin. La coopération avec d'autres professionnels formés à l'ETP apparaît comme une solution utilisée par une majorité de médecins mais est loin d'être systématique. Certaines pistes sont évoquées pour améliorer l'accès à l'ETP pour tous les patients diabétiques et la communication entre les différents effecteurs de l'ETP.

**Conclusion :** La pratique de l'ETP est présente en médecine générale mais avec bien des limites. Pourtant, l'offre d'ETP s'est étendue ces dernières années, mais n'est pas suffisamment connue par les médecins. Au-delà d'une meilleure diffusion de l'information, les questions de la formation des MG à l'ETP mais aussi celles du travail en collaboration avec les professionnels et structures de l'ETP sont posées.

**MOTS CLES :** éducation thérapeutique, médecine générale, diabète de type 2

**TITLE OF THE THESIS :**

Therapeutic education of type 2 diabetic patients : practices of general practitioners in the sector of Blois

**ABSTRACT :**

**Introduction :** Type 2 diabetes mellitus is one of the most common chronic diseases in France and its incidence continues to grow. Therapeutic education is an integral part of its management. The general practitioner, as the main interlocutor of type 2 diabetics, therefore has a role to play in its implementation.

**Method :** This is a qualitative study by semi-directed interviews carried out with a heterogeneous sample of 11 general practitioners based in the Blois sector. Data analysis using a method inspired by grounded theory.

**Results :** General practitioners have educational practices with their type 2 diabetic patients. It is more about information and advice than a real TPE. This educational part of the care poses some difficulties for them : lack of time, lack of interest from patients, limited impact of their speech and sometimes lack of interest from the doctor. Cooperation with other trained professionals in TPE appears to be a solution used by a majority of doctors but is far from being systematic. Some possibilities are mentioned to improve access to TPE for all diabetic patients and communication between the different effectors of TPE.

**Conclusion :** The practice of TPE is present in general practice but with many limitations. However, the ETP offer has expanded in recent years, but is not sufficiently well known by doctors. Beyond a better dissemination of information, the questions of the training of GPs in TPE but also that of working in collaboration with TPE professionals and structures are raised.

**KEYWORDS :** therapeutic education, general practice, type 2 diabetes mellitus

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
ROBERT Jean.....Médecine Générale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille .....	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 – ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

#### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

#### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

#### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes  
de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS :**

**A Monsieur le Professeur François MAILLOT, Président du jury,**  
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

**A Mesdames les Docteurs Cécile RENOUX-JACQUET et Claire PIETTE, membres du jury,**  
Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Régis PIQUEMAL, Directeur de thèse et membre du jury,**  
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, il y a plus de deux ans maintenant. Mon stage dans votre service a confirmé mon envie de traiter ce sujet. Merci de votre patience, de vos conseils avisés, de votre disponibilité et de votre soutien. Je vous en suis profondément reconnaissante.

*Aux médecins ayant participé à cette étude.* Je vous remercie pour votre temps si précieux et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

*A Madame Hélène TANGARA,* coordinatrice départementale de l'ETP dans le Loir-et-Cher. Je vous remercie pour votre temps et les informations que vous avez pu me transmettre pour cette thèse.

*A Madame Béatrice LESOURD-PEROL,* première infirmière ASALEE que j'ai rencontrée, au cours de ma dernière année d'internat. Merci de m'avoir fait découvrir ton métier et des informations que tu m'as transmises pour cette thèse.

### **Aux professionnels de santé rencontrés pendant mes études :**

*Aux Docteurs Franck DUJARDIN et Rhizlane ATBIB,* médecins généralistes à Condé-sur-Vire, qui m'ont accueillie en stage pendant mon externat et m'ont fait découvrir leur métier. Mon envie de devenir médecin généraliste n'en a été que plus forte.

*Au Docteur Dominique PASQUET-MOULIN,* médecin au centre de cancérologie François Baclesse à Caen, pour son soutien et sa bienveillance pendant mon stage de FFI.

*Aux équipes médicales et paramédicales des urgences de l'hôpital de Vendôme et des services de diabétologie et de pédiatrie de l'hôpital de Blois,* qui m'ont aidé à appréhender mon futur métier.

*A mes co-internes* qui ont égaillé mes journées de stage.

*Aux médecins généralistes* qui m'ont accueilli en stage dans leurs cabinets pendant mon internat : *le Dr COLLARD, le Dr METIVIER-LECOEUVRE, le Dr LOISON, le Dr MOREL, le Dr PIETRI, le Dr COURVOISIER, le Dr CUSSENOT et le Dr MARECHAL.* Merci pour votre accompagnement qui m'a permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

*Au Docteur Catherine COMMON,* quelle chance d'avoir été ton interne. Merci pour tout ce que tu m'as appris, notamment en gynécologie, et surtout merci pour ton amitié, ta confiance et ton soutien.

*A mes collègues de Mont-Près-Chambord, les Docteurs Anaïs POUTEAU, Sylvie BESSON, Maxence LECLERC et Gabrielle GALLET-VOISIN.* Je vous remercie de m'accorder votre confiance chaque semaine pour soigner vos patients. Merci particulièrement à Gabrielle, pour tes conseils avisés et ton aide dans la préparation de ma thèse.

### **A mes amis :**

A *Cécile, Aline, Sarah, Maud et Thomas*, ma bande d'amis rencontrée sur les bancs de la fac de médecine de Caen. Nous avons traversé ces études longues et difficiles ensemble, des révisions à la BU aux premiers remplacements. Je suis heureuse d'avoir passé toutes ces années à vos côtés. L'internat nous a éloigné géographiquement mais c'est toujours une grande joie de vous retrouver, vous et vos moitiés venues agrandir notre petit groupe. A tous les prochains week-ends que nous ferons !

A *Juliette*, ma plus vieille amie. Nous avons pris des chemins complètement différents, et je suis heureuse que notre amitié soit restée intacte toutes ces années.

A *Pauline*, ma copine de terminale devenue ma coloc de première année. Je finis enfin ma thèse, quelques années après la tienne ! Notre soutien mutuel pendant cette PACES a été l'une des clés de la réussite et je t'en remercie profondément.

A *Chloé et Salomé*, mes premières co-internes aux urgences qui sont devenues mes amies. Vous êtes ma belle rencontre de cet internat dans le Loir-et-Cher et je me réjouis de nos échanges et de nos retrouvailles régulières.

### **A ma famille :**

A *Alexandre*, mon Amour, pour qui j'ai quitté ma Normandie adorée pour le Loir-et-Cher. Je ne regrette absolument pas d'avoir quitté la plus belle région de France pour te rejoindre. Vivre à tes côtés chaque jour est un bonheur et je suis heureuse de partager ta vie depuis bientôt 6 ans. Merci pour tous ces moments de complicité, ton soutien et ton réconfort quand je vais mal, merci d'avoir partagé tant d'aventures avec moi. Notre liste de projets est longue et j'ai hâte de les réaliser avec toi.

A *ma belle-famille*, qui m'a accueillie à bras ouverts. Je suis contente de vous connaître. Merci à *Evelyne* ma belle-mère, toujours prête à rendre service. Merci à *Hugo et Inès*, mes beaux-enfants, qui, s'ils ne m'ont pas choisie, m'ont fait une grande place dans leur vie.

A *mes tantes et oncles, Tata Babou, Tonton Wilfrid, Tata Cathy, Tonton Christophe, Tata Béa*, quel plaisir de vous retrouver à chaque fois, merci pour vos encouragements.

A *mes cousins et cousines, et particulièrement Laura*, on a partagé tellement de choses. A notre complicité et nos week-ends et semaines d'aventure, vivement les prochaines, tonnerre de Brest !

A *Mamie Mireille et Papy Paul*, mes grands-parents paternels, merci pour votre amour.

A *Mamie Anne-Marie*. Tu es une grand-mère formidable. Merci pour ton écoute, ta bienveillance et ton soutien. Je suis heureuse de partager tant de choses avec toi.

A *Papa*, merci pour ton soutien tout au long de ces études. Et merci à *Monique*, pour ton accueil et ta bonne humeur permanente.

A *mon frère Clément*, parti vivre l'aventure canadienne. Merci de tes encouragements, de ton humour. Je suis fière de toi et de l'homme que tu es devenu.

A *Maman et mon beau-père Sébastien*, mon troisième parent. Merci pour votre amour et votre soutien sans faille tout au long de ces difficiles études. Merci d'avoir cru en moi, même quand moi je n'y croyais pas. Je n'en serais pas là sans vous, je vous suis infiniment reconnaissante.

*Et enfin, à Papy Jeannot, mon grand-père, le Docteur Jean Alvarez,*

C'est à toi que je dédie cette thèse.

Je n'imaginai pas ce jour sans que tu sois dans la salle, mais la vie en a décidé autrement. Tu as été le meilleur grand-père qu'on puisse avoir et la personne que j'ai le plus admiré. Merci pour tous ces moments passés ensemble, ton amour et nos échanges autour de la médecine. J'espère un jour t'arriver à la cheville dans ce métier que nous partageons. Je t'aime infiniment.

## **ABREVIATIONS ET ACRONYMES :**

ALD : Affection Longue Durée

APA : Activité Physique Adaptée

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

CHB : Centre Hospitalier de Blois

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DT2 : Diabète de type 2

ECG : Electrocardiogramme

EM : Entretien Motivationnel

ENTRED : Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques

ESTEBAN : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDM : Infarctus du myocarde

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSS : Maison Sport Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RHD : Règles hygiéno-diététiques

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SE41 : Santé Escale 41

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

# **Table des matières**

<b>I. Introduction</b> .....	<b>14</b>
<b>II. Matériel et méthode</b> .....	<b>20</b>
A. Choix de la méthode .....	20
B. Population étudiée.....	20
C. Déroulement des entretiens.....	21
D. Analyse des données.....	21
E. Cadre légal .....	22
<b>III. Résultats</b> .....	<b>23</b>
A. Caractéristiques de la population .....	23
B. Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 .....	25
1. Représentation de l'ETP.....	25
2. Mise en place de l'ETP par le médecin généraliste .....	27
3. Une ETP difficile à mettre en place en médecine générale .....	31
C. Les médecins généralistes et les professionnels de l'ETP.....	36
1. Recours aux professionnels de l'ETP .....	36
2. Les intervenants sollicités par le médecin généraliste .....	37
3. Facteurs influençant la coopération avec d'autres professionnels .....	46
D. Attentes des médecins généralistes concernant l'ETP des patients DT2 .....	51
1. Retour sur la pratique actuelle .....	51
2. ETP idéale selon les médecins généralistes .....	52
3. Solutions pour améliorer l'ETP .....	53
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>58</b>
A. Les pratiques des médecins généralistes .....	58
1. L'ETP vue par les médecins .....	58
2. Une coopération interprofessionnelle nécessaire pour l'ETP .....	62
B. Quelles perspectives ?.....	67
1. Développer l'ETP en consultation de médecine générale .....	67
2. Favoriser la coopération interprofessionnelle.....	68
3. Rapprocher l'ETP des patients .....	70
C. Limites et forces de l'étude.....	72
1. Les limites .....	72
2. Les forces.....	72
<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>74</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>76</b>
Annexe 1 : Courrier d'invitation.....	76
Annexe 2 : Guide d'entretien (dernière version) .....	77
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>79</b>

## I. Introduction

Chaque année, le diabète continue de progresser à travers le monde, dans tous les continents et constitue une véritable épidémie.

En France, 3.5 millions de personnes étaient traitées pour un diabète en 2020 (1). Cela représentait 5.3% de la population française contre 2.6% en l'an 2000 (2). Le diabète de type 2 correspond à 92% des cas (3). A cela, il faut ajouter les patients diabétiques ne recevant pas de traitement médicamenteux, et ceux dont le diabète n'était pas encore diagnostiqué, soit 1.7% de la population selon l'étude ESTEBAN 2014-2016 (4).

La physiopathologie du diabète de type 2 est complexe. Il survient le plus souvent dans un contexte de surpoids et d'hérédité familiale.

L'impact du diabète en termes de morbidité et de mortalité est important et pose de nombreux défis. En effet, les patients diabétiques sont à haut risque vasculaire et présentent une surmortalité par rapport à la population générale (5).

Les complications du diabète sont dans la plupart des cas chroniques, en lien avec l'atteinte de la paroi artérielle des petits vaisseaux (rétinopathie, neuropathie, néphropathie), ou des gros troncs (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artériopathie périphérique).

Ces complications sont la cause de nombreuses hospitalisations. En 2020, chez les patients diabétiques, on dénombrait (6) :

- Plus de 27 000 hospitalisations pour plaie du pied et presque 8 000 hospitalisations pour amputation de membre inférieur ;
- Plus de 9000 hospitalisations pour IDM ;
- Plus de 17 000 hospitalisations pour AVC ;
- Plus de 4000 hospitalisations pour traitement d'une insuffisance rénale chronique (dialyse ou greffe rénale).

Cet impact sur la santé des patients a un coût pour la société. Le diabète est l'ALD la plus fréquente en France derrière les maladies cardiovasculaires et les tumeurs malignes (7). A elle seule, cette maladie représentait plus de 5% des dépenses de santé soit presque 9 milliards d'euros pour l'année 2020 (8).

Les enjeux de la prise en charge du diabète de type 2 sont donc majeurs. Plusieurs solutions semblent envisageables.

En amont de la maladie d'abord via la prévention primaire. Le prédiabète est fréquent dans la population (9.9% des français selon l'étude ESTEBAN (4)). Plusieurs stratégies ont été mises en place dans le cadre du plan de santé 2018-2022 pour faire reculer l'évolution vers la maladie, notamment la promotion d'une activité physique régulière et d'une alimentation saine (9).

Chez les patients atteints de diabète, l'optimisation de la prise en charge thérapeutique afin d'obtenir un meilleur contrôle glycémique et un meilleur contrôle des autres facteurs de risque vasculaires est un axe essentiel de même que la coordination de tous les acteurs qui agissent pour les patients.

Comme pour les autres maladies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un levier essentiel de la prise en charge des personnes avec diabète.

En 1998, l'OMS a formalisé le concept de l'éducation thérapeutique (10). Elle vise à « aider les patients à acquérir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». En fait, la finalité de l'ETP est d'accompagner la personne dans les transformations qu'impliquent le diagnostic d'une maladie chronique.

L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge du patient et est complémentaire des traitements et des soins apportés au patient. Tous les patients atteints d'une maladie chronique devraient en bénéficier, ainsi que leur entourage si celui-ci souhaite s'impliquer.

L'éducation thérapeutique a pour objectif de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie du patient et de mieux contrôler la maladie en prévenant les risques de complications. Grâce à l'éducation thérapeutique, le patient apprend à comprendre et gérer sa maladie et devient acteur de sa prise en charge en collaboration avec les soignants.

L'ETP est un processus continu, qui se déroule sur le long terme et accompagne le patient à chaque étape de sa maladie. Elle est centrée sur le patient, tenant compte de ses croyances, ses représentations et ses besoins.

Elle constitue un rapport nouveau entre soignants et patients qui implique un véritable accompagnement du patient

En 2007, la HAS a publié un guide de référence destiné aux professionnels de santé, expliquant la définition, les finalités, l'organisation et les modalités de réalisation de l'ETP (11).

Ce guide précise les compétences à acquérir pour le patient.

- D'une part, des compétences d'autosoins correspondant aux décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Elles consistent par exemple à savoir prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, adapter des doses de traitement, réaliser des gestes techniques, modifier son mode de vie, prévenir des complications évitables, etc.

- D'autre part, des compétences d'adaptation, dites aussi compétences psychosociales, qui reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient. Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoins. On trouve par exemple la faculté de se connaître soi-même, d'avoir confiance en soi, de savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, de prendre des décisions, de résoudre un problème, etc.

En plus de l'acquisition de compétences, l'ETP doit apporter un soutien psychologique au patient.

En 2009, l'éducation thérapeutique a été inscrite dans le code de la Santé Publique par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (12) : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. ».

Cette loi indique les différentes modalités de la réalisation de l'ETP :

- Programmes d'éducation thérapeutique : autorisés par l'ARS et répondant à un cahier des charges précis. Ces programmes sont évalués de façon annuelle et quadriennale.
- Programmes d'apprentissage : ils ont pour objet « l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant ».
- Actions d'accompagnement : visant à « apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ».

La HAS propose quant à elle en 2015 l'élaboration de l'ETP selon 2 formats (13) :

- Les actions éducatives ciblées personnalisées : apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large ;
- Les programmes d'ETP personnalisés mis en œuvre par une équipe multidisciplinaire formée à l'ETP avec élaboration d'un diagnostic éducatif, définition des objectifs avec le patient, réalisation de séances d'ETP puis évaluation des compétences acquises.

Bien que l'efficacité de l'ETP soit pour le moment difficilement évaluée, certaines études montrent une influence positive de sa mise en place (14) : meilleur contrôle glycémique et baisse de l'HbA1c chez des patients DT2, et diminution de certaines complications telles que les amputations. Dans d'autres pathologies, l'ETP permet une diminution des consultations aux urgences et des hospitalisations et un meilleur contrôle de la maladie.

Tout professionnel de santé s'occupant d'un patient atteint d'une maladie chronique peut lui proposer une éducation thérapeutique. Néanmoins, il est recommandé que celle-ci soit réalisée de façon multiprofessionnelle et interdisciplinaire incluant le travail en réseau.

Dans le secteur de Blois, plusieurs professionnels ou structures interviennent dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2, parfois dans le cadre de programmes d'ETP référencés auprès de l'ARS.

- Un programme ETP est porté par le **service de diabétologie du centre hospitalier de Blois** avec des consultations réalisées par des infirmières formées à l'ETP et des diététiciennes auprès des patients hospitalisés ou en ambulatoire. L'équipe du CHB compte 5 diabétologues qui sont les seuls spécialistes sur le secteur de Blois, sans autre recours libéral ou privé.
- Le centre de soins de suite et de réadaptation (**SSR) Théraé**, situé à La Chaussée-Saint-Victor, propose-lui aussi un programme d'ETP pour les diabétiques de type 2, sous forme d'hospitalisation. Il s'agit d'un centre privé conventionné avec l'Assurance Maladie.
- Le groupement de coopération sociale et médico-sociale **Santé EsCALE 41** participe à l'ETP des patients diabétiques de type 2 à travers un de ses 4 programmes d'ETP. Santé EsCALE 41 a été créé en mai 2019, c'est un établissement privé à but non lucratif issu de la fusion des 3 réseaux de santé historiquement présents sur Blois : le réseau Onco 41, le Rezo Addictions et le Réseau Santé Nutrition Diabète 41. SE41 est porteur du Dispositif d'Appui à la Coordination du Loir-et-Cher (DAC 41), avec pour mission d'aider les professionnels de santé dans la prise en charge des patients complexes du territoire. SE41 porte aussi la Maison Sport Santé du secteur depuis 2020 et assure la coordination de l'ETP dans le Loir-et-Cher. Les programmes d'ETP sont financés par l'ARS. La structure se situe à Blois avec des antennes à Vendôme, Romorantin-Lanthenay et Saint-Aignan.
- Un nouveau dispositif intervient dans l'ETP des patients diabétiques. Il s'agit du **dispositif ASALEE** (Action de SANTé Libérale En Equipe). Créé en 2004 dans le département des Deux-Sèvres à l'initiative d'un médecin généraliste, ASALEE est une association loi 1901 approuvée par la HAS depuis 2012. C'est un protocole de collaboration entre médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique.

Les infirmières exercent au sein des cabinets des médecins et ont pour mission l'éducation thérapeutique des patients et le dépistage de certaines affections :

- ETP et suivi des patients diabétiques de type 2, des patients à risque cardio-vasculaires
- Accompagnement au sevrage du tabac, dépistage de la BPCO
- Dépistage précoce et accompagnement de l'enfant ou adolescent en surpoids
- Repérage des troubles cognitifs
- Accompagnement des patients souffrant de troubles du sommeil.

Ces infirmières sont salariées de l'association qui est elle-même financée par la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Actuellement, on dénombre 14 IDE ASALEE dans le Loir-et-Cher.

- **Le dispositif SOPHIA** mis en place par l'Assurance Maladie. Ce dispositif expérimenté initialement dans une dizaine de départements depuis 2008 s'est généralisé à l'ensemble du territoire en 2013.

SOPHIA a pour objectif d'accompagner les personnes souffrant de diabète ou d'asthme dans la prise en charge de leur maladie. Ce service propose un soutien, des informations et des conseils personnalisés. L'accompagnement des patients se fait par courrier, internet (site de coaching 24h/24) ou par téléphone via des infirmiers conseillés en santé. Ces infirmiers ne sont pas formés à l'ETP mais bénéficient d'une formation renforcée sur les maladies chroniques et les techniques de communication.

SOPHIA est proposé aux adhérents au régime général et quelques autres régimes.

Finalement, l'offre d'ETP semble diversifiée sur le secteur de Blois.

Au milieu de toutes ces structures, se trouve un acteur essentiel de la prise en charge du patient diabétique : **le médecin généraliste**. Le suivi du patient atteint de diabète de type 2 fait partie du quotidien de ce professionnel.

L'étude ENTRED 2007-2010 révèle d'ailleurs que 87% des patients DT2 sont suivis exclusivement par leur médecin généraliste, sans recours à un diabétologue et 82% d'entre eux obtiennent des informations sur leur maladie auprès de leur médecin traitant (3). Le médecin généraliste a alors un rôle clé auprès de son patient, notamment dans la mise en place de l'éducation thérapeutique qui paraît indispensable à une prise en charge optimale.

Au cours de mes études de médecine, j'ai eu l'opportunité de faire 2 stages dans des services de diabétologie. La première fois au début de mon externat au CHU de Caen, la seconde pendant mon internat au centre hospitalier de Blois. Au cours de ces deux expériences, j'ai pu constater qu'au sein de ces centres hospitaliers, les patients diabétiques bénéficiaient d'une prise en charge globale : ajustement des thérapeutiques, dépistage des complications, parfois soutien psychologique mais aussi éducation thérapeutique réalisée par des professionnels formés comme les IDE ou les diététiciennes.

Ces dernières années, l'ETP est apparue comme indissociable du reste de la prise en charge du diabète. La majorité des patients diabétiques de type 2 ne se rendra jamais dans un centre hospitalier. L'éducation thérapeutique doit donc trouver sa place en ambulatoire.

En tant que médecin généraliste remplaçante autour de Blois et prévoyant de m'installer dans ce secteur, mon intérêt s'est naturellement porté sur la réalisation de l'ETP des patients diabétiques en ambulatoire, et sur le lien des médecins généralistes avec les autres professionnels proposant de l'ETP.

J'ai donc souhaité étudier cette problématique et assigner :

- Un objectif principal : explorer les pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 dans le secteur de Blois.
- Un objectif secondaire : explorer les liens et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des autres professionnels proposant de l'ETP.

## II. Matériel et méthode

### A. Choix de la méthode

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les pratiques et attentes des médecins généralistes du secteur de Blois concernant l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2.

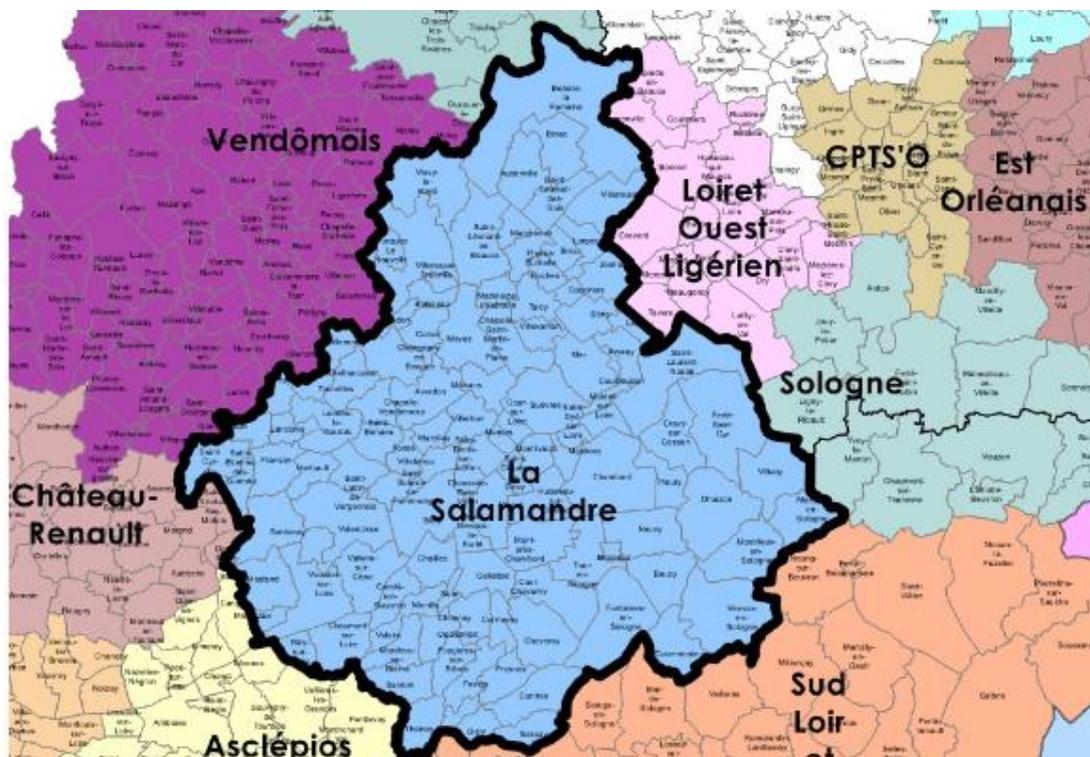
Aucun travail similaire n'a semble-t-il été effectué dans le département.

Afin de répondre au mieux à cet objectif, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Le choix de la méthode qualitative était pertinent, car cela permettait de recueillir des données subjectives et facilitait la compréhension du discours du participant, ses motivations, ses expériences et son ressenti vis-à-vis de ses pratiques. Cela permettait également de faire émerger de nouvelles idées.

### B. Population étudiée

La population étudiée était constituée de médecins généralistes installés dans le secteur de Blois. Afin de délimiter le secteur blésois, il a été décidé de se limiter au secteur de la CPTS la Salamandre, comprenant des territoires urbains, semi-ruraux et ruraux.



Source : [cpts-centrevalde Loire.fr](http://cpts-centrevalde Loire.fr)

Étaient exclus de l'étude les médecins n'ayant pas pour spécialité la médecine générale, les médecins remplaçants, et les médecins installés ailleurs que dans une des communes citées précédemment.

L'échantillonnage s'est fait de manière raisonnée, en sélectionnant des médecins d'âge, de sexe, de territoire et de mode d'exercice différents afin d'obtenir un échantillon varié et un enrichissement des réponses.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, majoritairement de proche en proche, selon les connaissances de l'investigatrice, et par effet boule de neige. Le premier contact était établi par téléphone suivi de l'envoi du courrier d'invitation par mail, ou en rencontrant les médecins à leur cabinet médical pour leur proposer de participer à l'étude avec remise du courrier en mains propres.

### **C. Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés en présentiel, individuellement, au cabinet médical du médecin ou à son domicile. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone et d'une application pour téléphone Android après consentement oral du médecin.

Au début de chaque entretien, une information orale était redonnée aux participants exposant le sujet de l'étude, et leur garantissant l'anonymisation des données. Ensuite, les caractéristiques des médecins étaient relevées : âge, durée d'installation, territoire d'exercice, mode d'exercice, nombre de patients diabétiques de type 2 dans la patientèle.

Les entretiens étaient réalisés de manière semi-dirigée à l'aide d'un guide d'entretien établi à partir des données de la littérature et échanges avec le directeur de thèse. Un premier entretien test a permis de valider le guide d'entretien qui a par la suite été légèrement modifié au fur et à mesure des entretiens. Le guide était constitué de questions ouvertes, dont l'ordre dépendait de la dynamique et de la limpidité de l'échange. Cela offrait une liberté dans les réponses et favorisait la survenue de nouvelles idées.

Les thèmes abordés concernaient le déroulement de la consultation du patient diabétique de type 2 avec le médecin généraliste, le rapport du médecin généraliste avec l'ETP, la pratique de l'ETP par le médecin généraliste, le rapport avec les autres professionnels pouvant pratiquer l'ETP, et les pistes d'amélioration de l'ETP pour les patients diabétiques.

### **D. Analyse des données**

Les verbatims ont été retranscrits mot à mot par l'investigatrice sur le logiciel Microsoft Word. Une analyse en trois temps inspirée de la théorisation ancrée a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Pour commencer, une analyse ouverte a consisté à codifier des fragments de verbatim. Une analyse axiale a ensuite permis de comparer les codes obtenus entre eux afin de les classer en thème généraux.

Enfin, une analyse intégrative a été effectuée afin d'établir des liens entre les thèmes et proposer un modèle explicatif.

### **E. Cadre légal**

Une déclaration à la CNIL a été effectuée le 03/02/2022 : engagement de conformité à la méthodologie MR-004 concernant les recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé.

### **III. Résultats**

#### **A. Caractéristiques de la population**

Dix-neuf médecins ont été contactés par l'investigatrice parmi ceux travaillant dans les communes du territoire de la CPTS la Salamandre. Treize ont accepté de participer à l'étude, cinq n'ont pas répondu à l'invitation, un a annulé après avoir donné un accord de principe.

Deux médecins ont été écartés par l'investigatrice, car appartenant au même cabinet de groupe que l'un des médecins interrogés, et ce pour permettre une variabilité plus importante des données.

Les entretiens ont été réalisés entre février et août 2022. Ils ont duré entre 27 et 75 minutes pour une durée moyenne de 45 minutes.

La saturation des données a été obtenue après 9 entretiens, 2 entretiens supplémentaires ont été effectués afin de valider cette saturation.

Au total, l'échantillon était composé de onze médecins dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

Les médecins présentent des caractéristiques d'âge, d'expérience, de territoire et de mode d'exercice différents.

**TABLEAU 1 : Caractéristiques de l'échantillon**

	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Durée d'installation</b>	<b>Territoire d'exercice</b>	<b>Mode d'exercice</b>	<b>Nombre de patients DT2</b>	<b>Protocole ASALEE</b>	<b>Durée de l'entretien</b>
<b>M01</b>	Femme	< 40 ans	6 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	51	Non	32 minutes
<b>M02</b>	Homme	> 55 ans	35 ans	Semi-rural	Cabinet individuel	146	Non	68 minutes
<b>M03</b>	Femme	> 55ans	25 ans	Urbain	Cabinet individuel	81	Non	75 minutes
<b>M04</b>	Femme	40 - 55 ans	4 ans	Urbain	Cabinet de groupe (MSP)	92	Oui	39 minutes
<b>M05</b>	Homme	40 - 55 ans	15 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	55	Oui	36 minutes
<b>M06</b>	Femme	> 55 ans	30 ans	Semi-rural	Cabinet individuel	66	Non	59 minutes
<b>M07</b>	Femme	< 40 ans	8 ans	Rural	Cabinet de groupe	68	Oui	27 minutes
<b>M08</b>	Femme	40 - 55 ans	20 ans	Urbain	Cabinet individuel (MSP)	74	Oui	34 minutes
<b>M09</b>	Homme	< 40 ans	2 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	104	Oui	37 minutes
<b>M10</b>	Homme	40 - 55 ans	26 ans	Semi-rural	Cabinet individuel (MSP)	130	Non	52 minutes
<b>M11</b>	Femme	40 -55 ans	13 ans	Urbain	Cabinet individuel	45	Non	38 minutes

## **B. Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2**

### **1. Représentation de l'ETP**

#### a) L'ETP : des compétences à acquérir

Pour les médecins généralistes, l'éducation thérapeutique est un **sujet vaste** « *qui englobe, voilà, plein de trucs* » (M01), difficile à définir « *c'est un mot fourre-tout finalement* » (M01) et qui concerne l'ensemble de la maladie « *Tout* » (M07).

L'éducation thérapeutique concerne l'acquisition de **plusieurs compétences** par le patient.

Tout d'abord, pour la quasi-totalité des médecins interrogés, l'ETP concerne **la diététique** « *L'éducation thérapeutique, pour moi la priorité, c'est quand même l'alimentation du diabétique, le régime* » (M10), « *essentiellement l'alimentation. Quand je parlais d'éducation thérapeutique, c'était l'alimentation, tu vois* » (M03), et de façon plus générale **les règles hygiéno-diététiques** « *qu'ils comprennent bien le rôle de tout ce qui est mesures hygiéno-diététiques, l'alimentation, l'activité sportive* » (M01).

Ensuite, on retrouve **la compréhension** du patient de sa maladie et de sa prise en charge « *ce qu'est la maladie, de pourquoi on, on surveille et on va dépister les complications* » (M05), « *en fait le patient, il faudrait qu'il comprenne la même chose que ce que nous on comprend du diabète* » (M08).

Puis, même si pour certains médecins, l'ETP concerne « *tout ce qui est finalement à côté de la prise en charge médicamenteuse* » (M02), pour d'autres, il s'agit aussi de « *bien maîtriser et de bien faire correctement tout le traitement* » (M09).

La **gestion du traitement** par le patient passe par **l'observance** des médicaments « *bien le prendre régulièrement comme c'est prescrit, tous les jours* » (M09), la connaissance des **effets secondaires** et la conduite à tenir en cas de survenue « *pour tout ce qui est thérapeutique qui peut poser problème et qui nécessite un état de vigilance de la part du malade, c'est important, ce travail éducatif [...] D'autosurveillance du malade de son traitement [...] les recherches d'hypoglycémies par exemple* » (M02), et l'apprentissage des **techniques d'injection** quand nécessaire « *C'est aussi la façon dont, leur expliquer comment s'injecter un traitement hebdomadaire, anti-diabète* » (M10).

Enfin, certains médecins incluent dans l'ETP l'acquisition de compétences d'autosurveillance face à la survenue de **complications** du diabète « *il peut y avoir une part autosurveillance par exemple, je sais pas moi, de la tension, de l'état cutané des pieds, de la recherche de signe de rétinopathie (se corrige) de polynévrite [...] qu'il laisse pas trainer des maux plantaires, des choses de ce genre* » (M02), « *Qu'ils sachent quels sont les grands principaux euh... Principales complications du diabète et qu'ils soient à même de dire « ah bah tiens, j'ai une douleur dans la poitrine, je vais pas attendre 3 semaines »* » (M10).

b) Vers une autonomie du patient

L'ETP a d'abord pour but de « *permettre au patient de s'approprier sa maladie* » (M05).

Comprendre et accepter sa maladie favorise **l'implication du patient** dans sa prise en charge « *en principe ceux qu'ont bien compris, vont voir l'ophtalmo, le cardio, ils prennent leurs rendez-vous régulièrement* » (M08), « *Je sais que ces gens-là tu vois, ils sont sérieux. Ils sont sérieux... Je veux dire, ils ont compris qu'ils avaient un diabète et qu'il fallait qu'ils se bougent* » (M06).

En outre, un des principaux objectifs des médecins via l'ETP est de rendre les patients « *acteurs de leur maladie* » (M04), « *qu'ils aient plus conscience de l'effort à fournir d'eux-mêmes aussi* » (M03). Il s'agit de rendre les patients **plus autonomes** « *enfin bref d'être actif, on n'est plus sur un modèle passif où les personnes prennent des médicaments, ne savent même pas ce qu'ils prennent, où l'infirmière vient faire l'insuline* » (M05).

L'autre objectif de l'ETP est de « *stabiliser le diabète, le faire diminuer* » (M08) et **d'éviter les complications** « *s'ils font attention, s'ils font leurs examens préventifs en temps et en heures, on pourra leur éviter beaucoup de complications* » (M02). Et finalement, « *qu'ils aient une meilleure vie j'allais dire, pour qu'ils aient une vie, en bon état, jusqu'au bout* » (M11).

c) Eduquer les patients diabétiques : une nécessité

Les médecins s'accordent sur **l'importance de l'ETP** dans la prise en charge du diabète : « *Investigatrice : Pour toi c'est important l'éducation thérapeutique ? - M07 : Ah bah oui hein* ».

Le diabète de type 2 serait une maladie chronique où l'ETP serait primordiale par rapport à d'autres pathologies « *c'est un truc qu'on voit que dans le diabète quoi. Personne vient expliquer la tension aux gens quoi. Ou d'autres maladies. Le diabète c'est vraiment un truc...* » (M08).

D'une part, cela s'explique par la **complexité de la maladie** : « *il y a pas de maladie chronique comme ça qui soit délétère à ce point-là en fait* » (M11).

D'autre part, **les règles hygiéno-diététiques** occupent une place majeure dans le traitement « *le premier des traitements, j'insiste, c'est l'alimentation* » (M09).

Ceci est d'autant plus important que les patients diabétiques ont souvent un **profil type** « *des gens sédentaires, qui sont un peu en surpoids* » (M08), avec des habitudes de vie ayant contribué au développement de la maladie « *il faut que les gens comprennent que dans beaucoup de cas, c'est leur surcharge pondérale qui les a amenés à avoir d'abord une intolérance au sucre, puis ensuite leur diabète* » (M02).

Par ailleurs, une partie des patients **connait mal le diabète** « *Les gens connaissent assez peu souvent leur maladie* » (M04), notamment son caractère chronique « *ils voient que, dans un ou deux ans, en prenant un médicament, il y aura plus de diabète* » (M06).

Certains patients ont même de fausses croyances, notamment concernant les traitements « *« non mais t'façon je veux pas de la metformine, parce que ma tante ou ma soeur, m'a dit que la metformine ça rendait malade* ». Alors déjà des conneries quoi » (M03).

De plus, le diabète est souvent « *banalisé* » (M03), « *pour beaucoup de patients, c'est pas tout à fait, tout à fait une maladie quoi* » (M05).

Des **informations sur leur maladie** doivent donc leur être apportées.

Enfin, le diabète de type 2 est souvent source de **sentiments négatifs** pour le patient. Le diagnostic peut être vécu comme un choc « *quand j'ai dit le mot diabète il s'est effondré en larmes* » (M03), « *la première fois quand tu fais le diagnostic, ils tombent un peu de haut* » (M09). Mais l'anxiété suscitée par la maladie peut se poursuivre lorsque la maladie n'est pas équilibrée « *ils vont être culpabilisés chaque fois que l'hémoglobine glyquée va être mauvaise* » (M02) ou qu'un changement de traitement est envisagé « *« Ah surtout pas de piqûre Docteur, surtout pas de piqûre* » » (M06). La maladie suscite des incompréhensions chez le patient « *« comment ça se fait que ça va pas bien alors que je fais tout bien ?* » » (M01).

Le médecin a alors un **rôle d'accompagnement**, répondant aux interrogations et aux inquiétudes des patients : « *leur dire « tout est pas noir », c'est pas grave [...] les rassurer en leur disant « c'est pas une maladie euh, je veux dire euh, si on fait attention, c'est gérable* » » (M06).

## **2. Mise en place de l'ETP par le médecin généraliste**

### a) Formation des médecins

Dans cette étude, **aucun des médecins** n'étaient formés à l'ETP. Deux médecins avaient bénéficié d'une formation en nutrition il y a plusieurs années « *j'avais fait un DU de nutrition diabéto* » (M02), « *ce n'est pas un DU, c'est plus une formation privée on va dire* » (M10).

Néanmoins, cela ne semblait pas gêner la plupart des médecins qui réalisaient l'ETP **selon leurs connaissances individuelles** « *je fais ce que je connais* » (M06), « *c'est ma manière à moi de fonctionner où je sais, j'ai pas de formation mais c'est instinctif* » (M07).

Deux médecins utilisaient des techniques de communication issues de **l'entretien motivationnel** « *passer plutôt sur des questions ouvertes plutôt que sur des questions fermées, de faire des résumés, de laisser des silences, de faire ce genre de truc (rires). De techniques de communication (sourit)* » (M07), « *on peut utiliser donc une manière de communiquer qui peut ressembler à de l'entretien motivationnel, ou après quelqu'un qui fait vraiment ça, peut faire de l'entretien motivationnel* » (M05).

b) Intégration de l'ETP à la consultation du médecin généraliste

Dans la plupart des cas, l'ETP est à **l'initiative du médecin** « *en général, c'est plutôt à nous de ramer pour ramener de l'éducation thérapeutique* » (M01). Les patients ont en général **peu d'attentes** « *ils ont rarement des questions en fait* » (M04), « *il y a qu'une toute petite partie je trouve qui est demandeuse de conseils* » (M01) « *C'est assez rare qu'ils posent les questions, parce que je pense qu'en fait ça les enquiquine* » (M02).

Le médecin doit donc « *motiver* » (M03) le patient et « *essayer d'accompagner le changement de comportement* » (M05).

Pour cela, il s'adapte au patient, la **personnalisation de l'ETP** est quasi systématique « *Il n'y a pas de truc standardisé dans ma façon de faire, c'est vraiment en fonction du patient* » (M03), « *l'éducation thérapeutique du patient, c'est quand même être centré patient* » (M05).

L'ETP est **un processus long**, qui se fait « *au fil du temps et au fil des différentes consultations* » (M01). Elle ne fait pas l'objet d'une consultation spécifique « *jamais de consultation dédiée* » (M05), « *Je prends pas une consultation de trois quarts d'heure pour ça, je prends une consultation d'un quart d'heure, et après je leur explique au fur et à mesure* » (M10).

Les informations sont apportées **progressivement** aux patients « *faut y aller en douceur* » (M08), car trop d'informations d'un seul coup est une source d'échec de l'ETP et de découragement du patient « *Les tout nouveaux diabétiques si tu leur déballes tout d'un coup ils sont paumés.* » (M09), « *Je vais pas aller lui assommer, parce qu'on sait bien que de toute façon, il va sortir en retenant 10% de ce qu'on lui a expliqué, donc voilà.* » (M10).

L'ETP doit être sans cesse **renforcée** « *à chaque fois que tu les vois t'en remets une couche* » (M03), « *des rappels entre guillemets réguliers pour remotiver les patients* » (M04).

c) Pratiques des généralistes concernant l'ETP

Quelques médecins commencent par **interroger** le patient sur ses connaissances : « *je pose toujours la question de savoir ce qu'eux ils savent en fait. A quoi ça sert d'aller voir un ophtalmo, enfin je leur pose la question toujours, je pars de ce qu'eux ils savent, de leur représentation, de leur opinion.* » (M05).

Puis, pour l'ensemble des médecins, l'ETP passe par un **transfert de connaissance** du médecin généraliste vers le patient : « *expliquer au patient ce que c'est sa maladie* » (M04), « *je leur explique, un suivi cardio, un suivi ophtalmo, tous les 2 ans à peu près* » (M08), « *expliquer au patient comment manger* » (M03).

Les médecins recueillent ensuite les **habitudes du patient**, essentiellement en ce qui concerne la diététique et l'activité physique. « *Je leur demande ce qu'ils mangent, comment ils mangent, ce qu'ils font comme activité physique* » (M09), « *on refait un peu l'histoire alimentaire, de l'activité physique* » (M01).

Ensuite, une fois ce recueil fait, plusieurs attitudes se détachent pour entraîner un changement de comportement chez le patient.

Quelques médecins incluent le patient dans les **décisions** à prendre pour sa santé « *« qu'est-ce que vous pourriez améliorer dans votre alimentation ? »* » (M05), « *je le mets toujours au centre de ces décisions, ou au centre de la prise en charge quoi. J'essaie toujours de me baser sur lui, de ce qu'il veut, de ce qu'il entend, de ce qu'il est prêt à faire plutôt que d'imposer des choses, le suivre* » (M07). Pour eux, les objectifs imposés sont source d'**échec** « *on est un peu obligés de faire alliance, de plus en plus, et d'aller, pas forcément dans leur sens mais sinon tu sais que t'auras des mauvais résultats. Ça va pas marcher* » (M03).

Mais une grande partie des médecins **fixe des objectifs** au patient selon le recueil qu'ils ont fait des habitudes de vie du patient. Cela s'avère particulièrement vrai concernant l'activité physique. Les médecins généralistes incitent d'ailleurs fréquemment leurs patients à marcher, car c'est une activité accessible à tous et gratuite « *un patient diabétique arrivait, je lui expliquais « alors maintenant vous faites l'activité physique hein - Oh je n'aime pas le sport – Vous marchez 3-4 fois par semaine une demi-heure marche rapide, ça me va ça me suffit* » » (M03), « *moi je leur dis qu'il faut marcher, je leur dis qu'il faut monter sur le vélo, qu'il faut pas être sédentaire* » (M02).

En outre, les médecins dispensent des **conseils diététiques** et **corrigent les erreurs** des patients « *Déjà le jus d'orange du matin je le vire systématiquement* » (M03), « *Je leur dis ce qu'ils devraient manger, enfin ce qu'on doit manger normalement, en disant voilà on peut modifier les choses* » (M09).

Les objectifs fixés concernant la **modification des habitudes de vie** sont répartis dans le temps « *un effort par un effort* » (M01), « *J'essaie de leur dire de faire une activité physique 2 fois par semaine au moins 45 minutes. Donc ça peut être marcher hein. Par contre je leur explique qu'ils ne vont pas faire du jour au lendemain 0 à 45 minutes mais que progressivement ils font 5 puis 10 la semaine d'après puis 15 et ainsi de suite pour arriver à l'objectif dans l'année à faire 2 fois 45 minutes dans la semaine* » (M09).

Finalement, quand des objectifs ont été fixés, le médecin **réévalue** ces objectifs ultérieurement « *3 mois plus tard, j'arrive, je leur demande où ils en sont* » (M01).

L'approche se fait avec **bienveillance** « *ce côté guide, plutôt que le côté maître d'école qui tape sur les doigts* » (M07), « *j'essaie à chaque fois de pas me placer dans le jugement, je suis pas là pour les enguirlander, mais je suis là pour les conseiller* » (M10).

d) Autres outils utilisés pour l'ETP

Quelques médecins utilisent des **documents écrits** concernant l'alimentation qu'ils remettent au patient « *j'imprime une feuille sur l'index glycémique sur l'alimentation.* » (M03), « *Un document que je me suis fait moi et qui résume tout ce qu'ils doivent manger au petit déj, c'est le repas le plus important, ce qu'il faut manger à midi, 16h et le soir, dans quel ordre manger, ce qu'il faut manger à peu près en quantité féculents, viandes, attention le gros piège des sucres rapides et sucres lents. Vraiment petite fiche rapide, et je leur donne.* » (M09).

Le **lecteur de glycémie** est aussi utilisé comme levier pour faire prendre conscience au patient des efforts à fournir « *elle me dit « bah oui j'ai remarqué que ça change des trucs ». Donc ça l'a sensibilisé [...] ça les oblige à participer à être acteur. Sinon ils sont passifs* » (M03).

Enfin le **dossier médical** est utilisé par les médecins pour suivre l'ETP qu'ils entament auprès des patients « *je note tout mais même pour moi, à la consultation d'après, être sûre de pouvoir renfoncer le clou que j'avais commencé à planter* » (M01).

e) Sélection des patients pour l'ETP

Deux périodes sont privilégiées par les médecins pour pratiquer ou proposer l'ETP.

D'abord, le moment du **diagnostic du diabète** apparaît opportun « *au début c'est quand même important* » (M02), « *un nouveau diabétique je vais lui expliquer les choses différemment. [...] je vais parler énormément alimentation, énormément activité physique* » (M03).

Passer plus de temps à faire de l'ETP au début de la maladie permettrait d'en gagner par la suite « *j'y passe du temps la première année mais pour être tranquille après. Comme ça j'ai moins de questions après* » (M09).

Puis, le **déséquilibre** de la maladie. En effet, l'ETP est moins présente chez les patients dont le diabète est équilibré « *eux ils sont assez faciles à gérer, tout à l'air d'aller dans le bon sens, le poids est stable voire même ils perdent, ceux-là on a peut-être pas une nécessité absolue* » (M01), mais refait son apparition quand l'hémoglobine glyquée remonte « *En dessous de 7, je leur parle pas du tout d'alimentation, et quand je vois qu'ils commencent un peu à ré-augmenter je remets un peu le nez dans l'alimentation* » (M09). L'intérêt est perçu **avant une majoration du traitement médicamenteux** « *avant d'adapter le traitement, je vais en remettre un coup sur l'activité physique et sur l'effort alimentaire* » (M03).

### **3. Une ETP difficile à mettre en place en médecine générale**

#### **a) Plutôt une amorce de l'ETP**

La plupart des médecins généralistes estiment **tenter de faire de l'ETP** « *moi j'en fais, j'essaye* » (M06), « *Je pense en faire mais sans avoir été formée* » (M07) mais de façon plutôt superficielle « *Bah très rapide quoi* » (M09), ou sans être sûr de ce qu'ils font « *Je ne sais pas si je fais bien mais j'espère* » (M11).

Un médecin estime qu'il ne fait pas d'ETP « *en tout cas moi pour ma part, non ce n'est pas fait, je ne fais pas d'éducation thérapeutique du patient lors de mes consultations, ou quelques bribes, mais c'est pas de l'éducation thérapeutique en soi quoi* » (M05).

Pour certains médecins, l'ETP est de façon générale réalisée par des **professionnels formés** « *Ça se passe en milieu hospitalier* » (M02), « *une diététicienne ou une infirmière, ASALEE* » (M03), « *pour moi, ce que fait le réseau nutrition diabète c'est de l'éducation thérapeutique. Extérieure à l'hôpital* » (M02).

#### **b) Une efficacité limitée**

Au premier abord, les patients sont de **bonne volonté** « *« oui oui oui, je vais vous écouter, vous avez raison »* » (M06).

D'ailleurs, une partie des patients suit les recommandations faites par leur médecin « *Il y en a qui se mettent à marcher.* » (M02), parfois à l'extrême « *ça peut devenir très obsessionnel* » (M08). Tandis que pour d'autres, le discours du médecin a **peu d'impact** « *La réponse c'est souvent « j'ai rien fait »* » (M09), « *A chaque fois je fais mon discours sur l'alimentation et euh, et puis bah ça marche pas* » (M03).

L'absence d'effort faite par le patient est parfois ressentie comme un **échec** par le médecin « *quand j'étais jeune ça m'énervait. Et pourquoi ? Parce que je culpabilisais. Je le prenais comme un échec personnel* » (M02), « *avec elle.... J'avance pas, ça me désespère* » (M11).

c) Un intérêt incertain pour l'ETP

Face à l'ETP, plusieurs attitudes se détachent.

Une partie des médecins apprécie le côté éducatif des consultations et trouvent que cela **fait partie de leur rôle** de médecin généraliste « *les éduquer bien sûr* » (M07), « *dans mon rôle de médecin, je pensais qu'à titre préventif, c'était fondamental* » (M03), « *j'aimerais bien en faire plus* » (M09).

Toutefois, une autre partie des médecins n'éprouve **pas d'intérêt** pour cette partie de la prise en charge « *je suis là un peu pour rappeler mais c'est pas mon métier, c'est pas le cœur de mon métier quoi* » (M08), « *Moi finalement je suis plus à l'aise dans mon rôle uniquement de prescripteur parce qu'au moins je sais ce que je sais faire, c'est mon métier* » (M04), « *mon gros point faible, parce que ça m'intéresse pas et puis parce que j'ai trouvé toujours ça décalé, c'est la diététique* » (M02).

L'ETP peut être considérée comme **pénible** par le médecin « *c'est beaucoup, beaucoup d'explications et c'est parfois fatiguant quoi* » (M11), « *c'est des consultations qui peuvent être très lourdes* » (M08).

d) Freins à la mise en place de l'ETP

➤ Manque de temps

Les médecins généralistes sont débordés. L'ETP demande **du temps** que le médecin n'a pas : les consultations durent en moyenne « *15-20 minutes* » (M05) et les médecins sont de moins en moins disponibles « *je suis en train de plus en plus d'allonger mes délais de renouvellement [...] pour libérer des places* » (M04).

De plus, chez un patient diabétique, le médecin doit aborder un certain nombre de points en dehors de l'ETP : réévaluation du traitement « *Remettre à plat son traitement* » (M01), surveillance des examens complémentaires « *Je regarde la dernière prise de sang, l'hémoglobine glyquée* » (M08), coordination avec les autres professionnels « *La surveillance des, des, des spécialistes, c'est-à-dire ophtalmo, cardiologue, angiologue. On fait le point sur ces différents éléments* » (M05), sans compter l'examen clinique.

Il doit gérer d'autres motifs de consultation « *La spécificité de la consultation de médecin généraliste c'est que on brosse plein de choses* » (M05), « *Les patients ici ils ne viennent pas pour un motif, ils viennent pour 3 ou 4 motifs, c'est ça le souci.* » (M06), et faire de la prévention « *je vérifie qu'il est à jour [...] des vaccins* » (M03), « *l'arrêt du tabac, des autres facteurs de risque, la correction d'une dyslipidémie associée* » (M02).

➤ Une maladie asymptomatique

Le diabète est pendant très longtemps **asymptomatique**, ce qui ne motive pas le patient à se prendre en charge « *ils ne voient pas le diabète, t'es pas malade, t'es rarement malade* » (M06), « *au départ ça fait pas mal, ils ne se rendent pas compte que ça les détruit petit à petit* » (M11).

➤ L'ETP est dépendante de la volonté du patient

Les médecins notent **plusieurs profils** de patients diabétiques « *il y a un peu les deux opposés en patients diabétiques* » (M01).

Ceux qui sont **actifs** dans leur prise en charge « *des patients qui se prennent bien en mains, qui vont effectivement faire les choses* » (M06), « *ceux qui se prennent en main* » (M03).

A l'opposé, ceux qui **rejettent** la maladie « *des gens qui se mettent la tête dans la terre et qui veulent pas voir* » (M03), « *des patients qui se sentent pas concernés par leur maladie, ils sont pas acteurs et eux voilà, on les emmerde* » (M04). Il est alors plus difficile de mettre en place l'ETP et le médecin peut obtenir un **effet inverse** « *quand on est trop insistant, on génère encore plus de freins je pense, c'est du renforcement négatif en fait [...], ça s'appelle la réactance* » (M04).

L'ETP est d'autant plus difficile à mettre en place qu'aux yeux du patient le diabète et la modification de l'hygiène de vie qu'il nécessite représente une **contrainte** « *ah bah quand même si on peut même plus manger !* » » (M03), « *si je prends mes médicaments, je n'ai pas besoin de faire de régime* » » (M06), « *il y a d'autres patients où c'est l'inverse, où c'est, le but c'est d'en faire le moins possible* » (M01). Modifier le comportement du patient est alors un défi pour le médecin « *Investigatrice : il faut travailler sur l'hygiène de vie ? M01 : Ah la la mon dieu...* ».

Ces patients sont **compliqués à gérer** pour le médecin « *c'est des malades qui sont très très pénibles pour le médecin. C'est très dur* » (M02), « *effectivement c'est le plus difficile, quand la personne elle ne veut absolument pas coopérer* » (M05).

**L'état psychique** du patient influence aussi son adhérence à l'ETP « *Il y a aussi des gens qui se punissent ou qui sont dans un état psychologique qui font qu'ils ne sont pas motivés à guérir* » (M02), « *souvent quand ils ne se prennent pas en main, c'est qu'il y a un autre problème quelque part* » (M04).

**TABLEAU 2 : Le médecin généraliste et l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2**

Thèmes	Sous-thèmes	Principaux résultats	
Représentation de l'ETP	L'ETP : des compétences à acquérir	ETP vaste et difficile à définir	
		Règles hygiéno-diététiques	
		Compréhension de la maladie	
		Gestion du traitement	
		Autosurveillance des complications	
	Vers une autonomie du patient	S'approprier la maladie	
		Devenir autonome	
		Equilibre du diabète	
	Eduquer les patients : une nécessité	ETP indispensable dans la prise en charge du DT2	
		Importance des RHD dans le traitement	
		Méconnaissance de la maladie	
		Sentiments négatifs liés au diabète	
Mise en place de l'ETP par le médecin généraliste	Formation des médecins	Aucun médecin formé à l'ETP	
		2 médecins formés en nutrition	
		2 médecins formés à l'EM	
	Intégration de l'ETP à la consultation du MG	Initiative du médecin	
		Personnalisation de l'ETP au patient	
		Processus progressif, sur la durée	
		Renforcement régulier de l'ETP	
	Pratiques des MG concernant l'ETP	Interroger le patient sur ses connaissances	
		Transfert de connaissances du médecin vers le patient	
		Recueil des habitudes du patient	
		Objectifs décidés en accord avec le patient ou fixés par le MG	
		Réévaluation	
		Bienveillance	
	Autres outils utilisés pour l'ETP	Documents écrits	
		Lecteur de glycémie	
		Dossier médical	
	Sélection des patients pour l'ETP	Diagnostic récent du diabète	
		Diabète déséquilibré	
	Une ETP difficile à mettre en place en médecine générale	Plutôt une amorce de l'ETP	Doute des MG sur leur pratique de l'ETP
			ETP plutôt réalisée par des professionnels formés
		Une efficacité limitée	Patients toujours de bonne volonté
Peu suivent les recommandations faites par le MG			
Sentiment d'échec			

	Un intérêt incertain pour l'ETP	L'ETP fait partie du rôle du MG
		Peu d'attrait pour l'ETP d'une partie des MG
		ETP perçue comme pénible
	Freins à la mise en place de l'ETP	Manque de temps
		Maladie asymptomatique
		ETP dépendante de la volonté du patient

## **C. Les médecins généralistes et les professionnels de l'ETP**

### **1. Recours aux professionnels de l'ETP**

#### a) La coopération interprofessionnelle : une solution

Devant cette difficulté à faire de l'ETP en consultation, les médecins généralistes sont **favorables** au fait de déléguer l'ETP à d'autres professionnels « *j'accepte ça* » (M04), « *ça me dérange pas* » (M06). Une médecin rapportait des difficultés initiales à confier l'ETP à d'autres personnes « *j'étais contre quand ça a commencé à sortir il y a quelques années, je dis bah voilà, moi je comprends pas, mes diabétiques je m'en occupe bien, on me destitue de ma fonction de médecin [...] En ce moment je suis un peu en train de changer d'avis* » (M03).

Ces autres professionnels ont **plus de temps** « *je passe la main parce que j'ai pas le temps* » (M10), « *on en a besoin, franchement, on peut pas tout faire quoi* » (M08).

De plus, déléguer **soulage** le généraliste « *ça me soulage un peu euh, je ne sais pas comment dire, moralement (rire), psychologiquement, de me dire il y a quelqu'un d'autre qui répète ce que je n'ai pas envie de répéter pour le moment* » (M11).

Cela lui permet aussi de **se décharger** de certaines tâches « *moi je leur dis très clairement, moi je leur dis « la diététique ce n'est pas mon truc. Je trouve ça très emmerdant, très chiant. Donc je délègue, je vais vous envoyer voir des gens qui s'occupent spécifiquement de ça »* » (M02).

Les autres professionnels ou structures ont l'avantage d'être **formés à l'ETP** contrairement aux médecins généralistes « *ça permet d'être efficace et d'avoir une prise en charge diététique autrement que par quelqu'un comme moi que je n'estime pas très compétent dans ce domaine* » (M02), « *on n'a pas le bon discours je pense* » (M08). « *Ça me paraît logique, diététicien c'est un métier ils font 2 ans de formation, moi je ne suis pas diététicien quoi* » (M04).

#### b) Les recours actuels

Parmi les onze médecins interrogés, actuellement :

- Tous adressent certains patients au service de diabétologie du centre hospitalier de Blois mais pas toujours pour de l'ETP ;
- 5 travaillent avec une infirmière ASALEE ;
- 6 adressent des patients à Santé EsCALE 41 ;
- 5 recourent parfois à une diététicienne libérale ;
- 4 citent les IDE libérales ;
- Aucun n'utilise SOPHIA ;
- L'Activité Physique Adaptée (APA) est citée par 2 médecins.

c) Causes de non-recours à d'autres professionnels

Parmi les onze médecins, seuls deux n'envoient jamais leurs patients consulter un autre professionnel pour réaliser l'éducation thérapeutique. Cela s'explique par **la méconnaissance** des acteurs en place « *« Investigatrice : Tu connais des structures pour adresser ? Ou des personnes ? - M01 : Pas trop d'ailleurs », « Non, non. Mais en fait c'est parce que j'ai la notion de tout ça, il y a peut-être des choses qui existent mais euh... » (M11).*

2. Les intervenants sollicités par le médecin généraliste

a) Service de diabétologie du CHB

➤ Attentes des médecins

Les médecins généralistes recourent **rarement** au diabétologue ou au service de diabétologie de l'hôpital de Blois, s'occupant seuls de la plupart de leurs patients diabétiques.

Cependant, chaque médecin a déjà adressé des patients en diabétologie lorsqu'il se sent dépassé devant un **diabète déséquilibré ou compliqué** « *une fois que je m'en sors plus, je suis arrivé à mes limites » (M09), « quand là ça déborde, que j'arrive plus à gérer » (M11).*

« *L'introduction d'insuline* » (M07) est un moment souvent évoqué par les médecins pour passer la main.

L'attente du médecin concerne surtout une **adaptation du traitement** et moins l'éducation thérapeutique « *D'envoyer à l'hôpital oui mais pas pour l'éducation thérapeutique* » (M02), « *Le diabète j'attends uniquement une adaptation thérapeutique* » (M03).

Celle-ci est tout de même attendue par certains médecins « *s'ils sont impliqués dans l'éducation thérapeutique, ce qui me paraît essentiel* » (M01), « *je compte un peu sur le diabéto pour mettre, enfin remettre en place l'éducation* » (M11) même s'ils doutent que le diabétologue la fasse lui-même « *je pense que le diabétologue il fait pas ça. Il fait que les médicaments et il délègue* » (M03).

Par ailleurs, la consultation avec le spécialiste est parfois à l'initiative du patient « *il y a un moment, ils disent « oh bah docteur, ça fait 10 ans que je suis diabétique, ma voisine qu'est diabétique elle m'a dit qu'elle allait voir le diabétologue, je peux peut-être aller voir un diabétologue ? » » (M10).*

➤ Avantages

L'hospitalisation en diabétologie permet en général de mettre en évidence **la cause d'un déséquilibre** du diabète, entre insuffisance des traitements ou non application des règles hygiéno-diététiques « *Il suffit de les mettre 4 jours en hospi et on sait très vite si en-dessous il a réellement besoin d'insuline ou faut juste qu'il arrête au niveau alimentaire* » (M01).

De plus, la prise en charge est **globale** en hospitalisation et l'éducation thérapeutique est faite « *dans le cadre de leur hospitalisation, je sais qu'ils ont de l'éducation thérapeutique.* » (M02), « *ils peuvent prendre les patients en hospit pour les éduquer* » (M11), « *je sais que l'éducation diététique elle va être faite* » (M03).

➤ Inconvénients

La première difficulté est l'**accès au diabétologue** en consultation « *diabéto en consult c'est impossible parce qu'ils ont des délais trop longs* » (M03), et même en hospitalisation « *la jonction avec l'hôpital a été compliquée, euh, enfin mes patients, avant, enfin il y a 6 ans, sur un même patient quand j'appelais, dans les 3 jours il rentrait à l'hôpital, là il a attendu 15 jours, 3 semaines, pour rentrer* » (M07). Cela entraîne une difficulté pour le médecin traitant « *on gère tout ce qu'on peut comme on peut, en faisant probablement quelques petites bourdes au passage* » (M01).

Ensuite, concernant l'ETP, le médecin généraliste **ignore** en partie ce qui a été dit au patient « *quand on est médecin et qu'on reçoit le courrier avec « il a eu une éducation thérapeutique » Chouette... Et j'en fais quoi?* » (M01), « *Qui disent des choses en consult, on ne sait pas ce qu'ils ont dit, s'ils ont dit la même chose que nous, pas la même chose, on ne sait pas ce qu'ils ont abordé, ce qu'ils n'ont pas abordé* » (M09), et le suivi proposé « *est-ce que après cette éducation thérapeutique faite en milieu hospitalier, il y a un suivi, c'est-à-dire, est-ce que on redonne par exemple un rendez-vous aux gens sortis du service hospitalier, pour reprendre contact avec l'infirmière qui s'est spécialisé dans l'éducation thérapeutique diabétique pour voir comment les consignes données lors de l'hospitalisation continuent à être suivies ou pas, ça j'ai pas cette notion, je sais pas* » (M02).

➤ Retours

Certains patients acquièrent une **prise de conscience** de leur rôle dans la maladie et sortent **motivés** après quelques jours passés à l'hôpital « *quand on voit qu'ils ont un diabète qui est bien au bout de 5 jours en mangeant correctement à l'hôpital, bon, ils se disent "ouais il y a peut-être un petit truc à faire"* » (M01), « *Ça leur fait du bien et ils repartent sur les rails pendant un petit temps* » (M07), « *ils reviennent avec des idées un peu neuves, enfin neuves non, transformées, par rapport « ah bah oui, j'ai compris que j'ai plus le droit de manger ça, ah bah oui j'ai compris que ci, que ça »* » (M10).

La parole du spécialiste aurait **plus de poids** que celle du généraliste « *voir son généraliste c'est quelque chose, voir un spécialiste qui n'est pas un médecin généraliste, c'en est une autre « Je vois mon diabétologue, j'ai du diabète » Sinon c'est « Oh je prends des médicaments, je sais pas trop ce que le doc il m'a donné »* » (M01), « *le spécialiste aura des fois plus de poids, contrairement à ce que je disais tout à l'heure, pour, dans le traitement, pour instaurer un traitement que le patient refuse avec nous* » (M10).

L'intervention du diabétologue impacte plus ou moins le suivi du médecin généraliste. D'un côté, « ça ne change rien du tout » (M01), il s'agit seulement d'un « avis supplémentaire » (M01).

D'un autre côté, ce nouvel intervenant peut laisser de côté le médecin traitant, à son grand regret « quand ils sont pris en charge en diabète, ça nous échappe un peu » (M04), « On n'a plus la main mise, uniquement, alors, voilà, ça peut être positif, comme ça peut être des fois plus négatif » (M10).

#### b) Les infirmières ASALEE

##### ➤ Attentes des médecins

Pour les médecins travaillant avec une IDE ASALEE, l'attente est surtout de **confier complètement l'ETP** à quelqu'un d'autre : « Qu'elle fasse toute la partie éducation thérapeutique et alimentaire » (M09), « au moment où je me dis bon il faut que je rentre un peu dans les détails ok, on va expliquer... » « Alors je vais vous donner rapidement un rendez-vous avec ma collègue qui va tout vous expliquer (rires) comme ça vous avez le temps de réfléchir, de préparer vos questions, et elle pourra répondre à toutes vos questions, c'est génial » (M07).

L'IDE ASALEE est utile au médecin pour **expliquer** la maladie plus en détail « qu'est-ce que c'est le diabète » (M04), mais aussi « entrer dans l'aspect de l'alimentation » (M05) et « remettre en mouvement et promouvoir l'activité physique » (M05) notamment via les **groupes de marche** qu'elles organisent « elle anime un groupe de marche justement toutes les semaines » (M04).

Mais les attentes des médecins généralistes peuvent même aller au-delà de l'ETP avec une **contribution au suivi** de la maladie « mais tout ce qui est ophtalmo, cardio, elle, elle a rechecké aussi » (M07) et à la réalisation de **certains examens** « je passe très peu en fait les pieds, ça c'est plus l'infirmière ASALEE qui va le faire » (M05), « quand je les vois et que je me dis qu'il faut faire un électro la prochaine fois, ce qu'on cale c'est que c'est elle qui fait l'électro juste avant la consult » (M04).

Un médecin rapporte aussi l'organisation par son infirmière ASALEE de fond d'œil au cabinet médical « on avait pris toute la liste des patients qui n'avaient pas eu de fond d'œil depuis un petit moment et on avait pu faire venir quelqu'un au cabinet et ça c'était bien cool » (M07).

L'intérêt de l'ETP par ASALEE s'étend même **au-delà du diabète** « pour peu qu'ils fument, elle accroche sur le tabac aussi, et puis avec son groupe de marche, ils accrochent, elle les remet aussi, elle les remet à la marche, enfin c'est une boule de neige » (M07).

##### ➤ Avantages

Pour les médecins généralistes travaillant avec une infirmière ASALEE, les avantages sont multiples.

D'abord, l'infirmière ASALEE a un temps de consultation plus long que le médecin qui permet de proposer **une ETP plus poussée** « *si elle a une heure devant elle ce sera beaucoup plus facile d'aller en profondeur* » (M01). Cela « *libère beaucoup de temps* » (M09) au médecin et permet au patient de s'exprimer « *leur parole elle se libère* » (M04), « *je pense qu'il y a des patients qui vont plus peut-être parler avec l'infirmière ASALEE, parce qu'elle prend une heure, qu'elle discute* » (M08).

Les consultations avec ASALEE apportent donc des informations au médecin « *ça permet de découvrir les gens et du coup moi, après en consultation, je ne vais peut-être pas lui parler de la même façon quoi* » (M04), « *Elle m'apprend des choses, par exemple sur la façon dont les gens mangent [...] elle m'a appris des conditions de vie, des conditions insalubres de patient* » (M07).

Cela permet aussi de comprendre **la cause d'un déséquilibre** de la maladie « *il y a pleins de choses qui sortent, de comprendre bah oui, ils n'ont pas la tête à s'occuper de leur diabète parce qu'ils ont leurs enfants ou leur mari qui a des problèmes de santé, enfin voilà, en fait tous les freins qui n'ont rien à voir avec le fait de comprendre ou pas la maladie* » (M04), « *au niveau de l'alimentation, avec recueil alimentaire et repérer les erreurs qui sont les plus importantes* » (M05).

Les **échanges** entre professionnels sont également facilités, par le partage d'un **même lieu de travail** « *on échange après avec notre infirmière ASALEE, bah on apprend des choses qu'on pourra réutiliser en consultation, et d'être voilà, dans les mêmes murs aussi, il y a de l'information qui circule des deux côtés* » (M04), et l'utilisation du **même logiciel médical** « *tout est dans le même logiciel, c'est le logiciel partagé, donc elle voit ce que je marque, je vois ce qu'elle marque* » (M07).

**La proximité** de l'infirmière ASALEE est également un avantage pour les patients « *le fait qu'elle soit dans nos murs c'est plus simple pour les patients* » (M04), « *c'est au cabinet, c'est dans la structure qu'ils connaissent, c'est avec ma collègue* » (M07).

Un autre avantage pour le patient est **l'absence de frais** « *elle est salariée d'une association donc les gens ne payent rien* » (M05).

➤ Inconvénients

Le seul inconvénient cité par un médecin concerne les temps de réunions obligatoires entre médecin et ASALEE « *J'aime pas les réunions, mais il faut les faire* » (M09).

➤ Retours

Les médecins sont **satisfaits** d'ASALEE « *notre mode de fonctionnement est quand même, moi je trouve, satisfaisant* » (M05), « *c'est génial [...] elle m'apporte beaucoup* » (M07) et du travail en équipe « *je suis contente de travailler avec d'autres personnes avec qui je peux échanger* » (M04).

Le rôle de l'infirmière ASALEE est « *complémentaire* » (M07) voire prédominant auprès du patient « *j'ai l'impression que c'est elle qui les suit, plus que moi* » (M09) avec un médecin faisant même un **suivi alterné** pour les patients stabilisés « *on fait des consultations alternées avec l'infirmière ASALEE, pour les patients diabétiques de type 2 qui ne posent pas trop de soucis on va dire* » (M07).

Ce travail en équipe semble bénéficier au patient « *ça améliore de manière tout à fait significative et tout à fait satisfaisante le suivi des personnes atteintes de diabète* » (M05), « *je sais que mes patients ont un vrai bénéfice en tout cas plus que je peux leur apporter* » (M04). Les retours sont positifs « *la plupart des gens sont très satisfaits* » (M05).

Les médecins ne travaillant pas en collaboration avec une infirmière ASALEE s'en font **une idée positive** « *les infirmières qui font de l'éducation thérapeutique, c'est vrai que c'est quand même pas mal* » (M06), « *Je pense que les infirmières ASALEE ça peut être pas mal, dans une vision un peu plus idéale de la médecine* » (M10).

D'ailleurs, 3 médecins prévoient une collaboration prochaine avec une IDE ASALEE « *on va avoir ici une infirmière ASALEE* » (M10), « *projet de l'infirmière ASALEE chez nous* » (M01).

### c) Santé EsCALE 41

#### ➤ Connaissance de Santé EsCALE 41

Parmi les 11 médecins interrogés, tous ne connaissent pas Santé EsCALE 41, ou pour certains de façon **très vague** « *il doit y avoir Santé 41, ça doit être relativement nouveau* » (M01), « *je sais déjà qu'il y a des trucs réseaux qui existent mais je m'en sers pas, mais je connais le nom de loin, mais je sais même pas ce qu'ils font* » (M09). Un des médecins ne connaissait pas du tout.

**La transition** de l'ancien Réseau Santé Nutrition Diabète vers le dispositif d'appui à la coordination Santé EsCALE 41 n'a pas été simple à saisir pour tous les médecins « *j'ai eu un peu de mal à comprendre que le réseau diabète était passé à Escale* » (M03). Un médecin précise ne pas avoir eu l'information « *J'ai pas eu un truc, un papier, je me souviens pas avoir reçu un flyer qui me disait bah maintenant ça s'appelle Escale* » (M06) tandis qu'un autre pense même qu'il s'agit de 2 structures différentes « *je leur fais de la pub pour le réseau nutrition santé. Alors il y a l'escale aussi, qui est une autre organisation* » (M02).

#### ➤ Attentes des médecins

Les médecins adressent à Santé EsCALE 41 leurs patients prioritairement pour une **prise en charge diététique** « *Souvent je prends le biais de la diététicienne pour les envoyer là-bas* » (M08), « *ils ont l'enquête diététique, ils ont les consignes diététiques* » (M02).

**L'activité physique** est également une des attentes des médecins qui adressent « *Je les envoyais parce qu'au moins j'étais sûre qu'ils allaient faire de l'activité physique* » (M03), « *il y a un patient là diabétique de type 2, je voulais qu'il bouge. Donc je l'ai envoyé.* » (M06).

L'explication de la maladie était moins citée « *Après, ça peut m'arriver pour des patients entre guillemets « peu cortiqués » de les envoyer vers un réseau diabète pour une prise en charge explicative de la maladie et ses conséquences* » (M10).

➤ Avantages

L'avantage principal de SE41 selon les médecins réside dans la **gratuité** des prises en charge pour les patients, notamment pour accéder à une **diététicienne** « *j'envoie plutôt quand même au réseau nutrition diabète parce qu'il y a une histoire de prise en charge* » (M02), « *Quand vraiment « ah oui mais la diététicienne ça coûte cher », dans ce cas-là je leur dis « bah sinon il y a le Réseau Santé Nutrition Diabète* » (M10).

La prise en charge est jugée **rapide** par les médecins « *je trouve que la prise en charge en plus elle est rapide au niveau de la diet, ils ont un rendez-vous assez rapidement et ça se passe bien* » (M06).

Par ailleurs, l'accès à l'**ophtalmologue** est un avantage pour les médecins « *ils s'occupent parfois du dépistage de la rétinopathie diabétique* » (M02).

**La formation** des professionnels travaillant à Santé EsCALE 41 était évoquée « *je me dis, ils sont là quand même, ils sont formés* » (M06).

Les médecins ont un **retour** de la part de Santé Escalé 41 « *souvent ce qu'ils se passent c'est qu'ils font un PPS, un Plan Personnalisé de Soins, qu'on reçoit en fait. Et on sait du coup ce qui a été discuté avec le patient, les objectifs définis, et du coup s'il y a une orientation sur une ETP ou sur autre chose quoi* » (M04), « *en plus on a un retour* » (M06).

➤ Inconvénients

Le principal inconvénient pour les médecins est **la distance** entre le cabinet médical, souvent proche du lieu de résidence du patient, et Blois où est installée la structure « *les gens si je leur dis là il faudrait aller sur Blois... [...] c'est tout de suite une demi-heure [...] C'est un gros gros frein* » (M07), « *Parce qu'il faut y aller quand même à Blois. C'est, c'est au nord de Blois hein, ce n'est pas évident.* » (M06), « *c'était sur Blois hein, donc trop loin* » (M05).

Bien que les médecins reçoivent un **compte-rendu** de la structure, certains jugent qu'il n'est pas suffisamment précis pour leur permettre de savoir ce qui a été dit au patient et de prendre le relais pour l'ETP « *Escale, ils vont dire, « on a vu votre patient voilà » mais je sais pas trop ce qui s'y est passé » (M03), « on reçoit le PPS, mais je sais pas ce qu'ils font pendant les séances d'ETP, j'aimerais bien savoir, ce serait intéressant » (M04). Cela a moins d'importance chez les médecins moins intéressés par cela « vu ce que j'en ferais moi au niveau information diététique, ça me suffit » (M02).*

➤ Retours

Le retour de la part des patients est **bon** « *les gens sont enchantés » (M02), « c'est plutôt positif » (M04).*

Les médecins sont aussi **satisfaits** de la prise en charge « *Escale 41 je trouve qu'ils sont bien » (M06), « moi je suis très content » (M02). Pour eux, il s'agit d'une « alliance » (M03).*

Certains sont plus mitigés sur l'impact auprès des patients « *J'ai pas le sentiment qu'il y ait beaucoup je sais pas, d'amélioration, de la compréhension de la nutrition du diabète ou de la maladie ou autre. » (M10), « je trouve qu'ils ont pas l'air d'avoir compris grand-chose de plus que ce que je leur avais dit avant » (M03).*

d) Diététicienne libérale

➤ Attentes des médecins

Le recours à une diététicienne libérale est proposé par 5 des médecins interrogés « *à ce moment-là je leur dis « écoutez, ce serait bien de faire une consultation avec une diététicienne » » (M10), « Tu peux les envoyer chez une diététicienne » (M06). Dans ce cas, l'attente est ciblée, puisqu'elle ne porte **que sur l'alimentation** et pas sur le reste de l'ETP. Cette prise en charge spécialisée permet de répondre plus précisément au patient « *j'enverrais plus à la diététicienne libérale quand les gens me disent, voilà, c'est vraiment très centré sur la nourriture, « je ne sais pas comment je peux faire les repas, est-ce qu'il y a des associations que je peux faire et pas faire ? » » (M10).**

Il arrive que le patient prenne lui-même l'initiative d'en consulter une, ou bien, il en consultait déjà une avant la découverte du diabète.

➤ Avantages

La prise en charge diététique est **précise** puisqu'au cœur du métier « *la diététicienne c'est son métier d'expliquer l'alimentation » (M03).*

De plus, la diététicienne a plus de **temps** « *elle explique, sur une consultation d'une heure voilà, ce qu'il faut que les patients mangent, ce qu'ils n'ont pas le droit de manger » (M10).*

Ensuite, le recours à une diététicienne libérale permet plus de **flexibilité** : le patient a le choix du professionnel « *c'est au choix du patient* » (M08), et donc il y a potentiellement une proximité plus importante « *en plus elle est là tout près, dans le bourg* » (M06). De plus, les horaires peuvent s'adapter à des personnes en activité professionnelle « *Je leur dis « vous prenez une diététicienne pas loin de chez vous, qui correspond à vos horaires » pour ceux qui bossent* » (M09).

➤ Inconvénients

Le recours à une diététicienne libérale n'est **pas pris en charge** par l'Assurance Maladie. Cela peut constituer un frein pour certains patients « *les gens ils veulent pas payer* » (M03) « *quand il faut déboursier, ils sont pas toujours prêts* » (M06).

Cet argument peut être contrebalancé par le fait que, souvent, **peu de séances** sont nécessaires « *je leur explique qu'ils ont pas besoin de la voir 50 fois, une fois voire 2 fois éventuellement et c'est suffisant* » (M10).

Un des médecins évoque un financement des consultations diététiques dans le cadre d'un **partenariat** entre sa MSP et l'Assurance Maladie « *depuis l'année dernière, on a signé une convention avec la CPAM et la MSA, qui nous permet d'avoir des budgets pour pouvoir financer des soins avec un diététicien* » (M04).

➤ Retours

L'efficacité de la prise en charge est variable, conditionnée par la **motivation** du patient « *les patients soit ils accrochent vraiment à fond ils suivent à la ligne et c'est impressionnant comment ça change. Soit ils sortent, ils adhèrent à rien et rien n'a changé au final. Donc c'est quitte ou double à chaque fois* » (M09).

e) Les IDE libérales

Dans le diabète de type 2, l'IDEL est peu présente. Son rôle dans l'ETP est plutôt technique, chez les patients capables de faire ces gestes eux-mêmes : **apprentissage de l'injection** de certains médicaments « *dans ce cas-là je demande aux infirmières libérales de montrer pendant un mois ou deux mois, comment faire* » (M10), ou **apprentissage des autosurveillances de glycémie** « *je leur mets 5-6 séances avec une infirmière pour qu'elle leur apprenne à se piquer* » (M03).

f) SOPHIA

Le dispositif SOPHIA est connu par les médecins, mais aucun d'eux ne le propose aux patients. Il semble **à l'abandon** « *je sais pas si SOPHIA ça marche encore* » (M01), « *ils sont pas là à nous rabâcher Sophia, Sophia là, les visiteuses, les visiteuses médicales de la sécu* » (M06).

Les médecins doutent que SOPHIA participe à l'ETP du patient « *je suis pas sûre qu'il y ait de l'éducation thérapeutique* » (M01).

Le dispositif est jugé **inefficace** et les médecins en ont une vision négative « *ça paraissait un peu du vent* » (M03), « *je pense que par rapport à la réalité de terrain, je ne suis pas sûre que ça soit très pertinent comme dispositif quoi.* » (M04), « *Je pense que ça ne marche pas* » (M06).

Le médecin n'est d'ailleurs pas toujours au courant, puisque le patient est contacté directement sans aucune interaction avec le médecin traitant « *c'est la CPAM qui contacte directement les patients* » (M04).

#### g) Activité physique adaptée

Deux médecins connaissent la prescription d'activité physique adaptée « *on peut prescrire de l'activité sportive, tu sais, encadrée là, avec des coachs et machin* » (M06), « *c'est la prescription du sport par le médecin* » (M03).

Un des médecins en avait déjà prescrit, mais une seule fois et à la demande d'un patient « *J'en ai déjà prescrit mais c'était pas pour du diabète, [...] le patient il m'avait demandé, c'était une salle de sport qui faisait ça* » (M06).

Le principal frein à la prescription est la **méconnaissance des professionnels** auxquels adresser le patient « *c'est le problème de où aller. Quand j'avais prescrit en cardio c'est que le patient il avait dû se renseigner dans une salle de sport, avec un coach bien particulier. Tu peux pas aller n'importe où. Tu vois il y a un truc à Contres de sport, je sais pas si on peut... Il y a une sorte de convention tu sais. C'est pareil, on n'a pas la liste.* » (M06).

Un des médecins émet des **réticences** à prescrire de l'APA « *ça me dérange un peu.... C'est paradoxal ce que je te dis. Parce que on a plein de gens qui sont pas motivés, on va aller leur payer du sport, et ça, ça me dérange un peu* » (M03).

Un médecin connaît l'APA dans d'autres pathologies, sans savoir si cela existe pour les patients diabétiques « *par exemple il y a le cœur santé diabète, (réfléchit) cœur santé euh... Il y a des associations par exemple, je sais qu'à un moment Gilles François s'occupait de ça. Des associations sportives de cardiaques* » (M02). Le développement de l'APA serait selon lui une bonne chose « *Peut-être qu'il y en a, peut être pas, mais ce serait bien* » (M02).

Un des médecins évoquait une activité physique proposée par les kinés dans sa commune, différente de la prescription d'APA « *j'avais quelqu'un qui y allait comme ça, faire de l'exercice physique, mais sans prescription tu vois, il payait un forfait et c'était encadré par le kiné* » (M06).

### **3. Facteurs influençant la coopération avec d'autres professionnels**

#### **a) Facteurs influençant le choix du professionnel à qui est confiée l'ETP**

##### ➤ Inhérents à la structure

Les structures privilégiées par les médecins sont celles où le patient **ne doit pas payer** « *le frein c'est toujours l'argent, donc moi j'oriente assez peu vers des choses qui sont pas prises en charge, parce que les gens ils veulent pas ou ils peuvent pas tout simplement* » (M04).

**La distance** entre le domicile du patient et le professionnel est également à prendre en compte. D'ailleurs, certains médecins ont renoncé à adresser leurs patients à certaines structures et notamment Santé EsCALE 41 à cause de cela « *par expérience, les gens n'y vont pas parce que c'est trop loin. En fait c'est surtout ça, c'est la proximité qui est importante* » (M05).

##### ➤ Liés au professionnel de santé

Le choix du professionnel est influencé par **la connaissance** des structures qu'il possède.

**La perception** des différents professionnels peut être similaire « *c'est le même travail* » (M08), tandis que pour d'autres, les perceptions et attentes entre les structures sont différentes « *Je me sentais moins déstabilisée en les envoyant au réseau diabète qu'avec les infirmières d'éducation thérapeutique* » (M03), « *avec Santé EsCALE c'est un petit peu différent, mais j'en attends pas les mêmes choses* » (M04).

Les médecins collaborant avec une infirmière ASALEE en sont pour la plupart satisfaits et lui adressent les patients en priorité. Santé EsCALE 41 ou la diététicienne libérale constituent **un second levier**, quand la prise en charge par ASALEE ne paraît pas suffisante « *si elle, elle juge qu'il y a besoin de plus ou que les patients sont demandeurs de plus, on peut toujours réorienter vers Santé EsCALE* » (M04), « *quand ASALEE suffit pas, d'envoyer chez des diététiciennes pour vraiment appuyer l'alimentation* » (M09).

Santé EsCALE 41 était aussi privilégiée pour des patients ayant déjà des **connaissances** en ETP « *par exemple des gens qui ont déjà été hospitalisés en diabète, je pense qu'ils ont déjà un bagage suffisant* » (M04), ou quand la prise en charge souhaitée ne concerne pas uniquement le diabète « *il y a peut-être d'autres problématiques qui peuvent être prises en charge aussi* » (M04).

Les habitudes du médecin ont parfois changé, notamment avec **l'arrivée de l'infirmière ASALEE**, qui a stoppé l'adressage de patients à Santé EsCALE 41 « *avant l'arrivée des infirmières ASALEE* » (M05), « *réseau diabète avant que, avant que... L'infirmière ASALEE soit là mais bon. Je suis installée depuis 8 ans, elle doit être là depuis 6* » (M07).

➤ Liés au patient

Le profil, et principalement **l'âge** du patient influencent le choix du médecin quand celui-ci a l'habitude de travailler avec plusieurs structures.

Concernant Santé EsCALE 41, les personnes adressées sont plutôt des personnes de 50-60 ans « *quand t'as des gens qui ont 60 ans, qui viennent d'être en retraite, ils ont un peu plus de temps donc ils sont un peu plus d'accord [...] Dès qu'ils sont en activité professionnelle, l'argument c'est « j'ai pas le temps » » (M03), « les jeunes, j'ai de plus en plus de gens qui ont 45 ans, entre 45 et 50 ans, qui ont, tu fais un bilan sang et tu t'aperçois qu'ils ont une hémoglobine glyquée, qu'ils sont diabétiques. Ceux-là, ils ont, c'est une génération qui commence à aller plus facilement vers, vers des centres comme ça » (M06).*

La diététicienne libérale est plus facilement proposée aux personnes en **activité professionnelle** « *la femme active qui travaille ou le monsieur actif, ce sera plus diététicienne en libéral je pense, plus le profil [...] Par rapport à la disponibilité » (M08), « pour ceux qui bossent. Comme ça c'est plus facile d'accès » (M09).*

**Le ressenti du patient** joue aussi dans le choix du professionnel « *je vais voir, les retours, c'est aussi du feeling hein. Il y a des gens qui vont se sentir plus à l'aise avec l'infirmière ASALEE, si ça marche pas avec l'infirmière ASALEE, j'essayerai avec Santé EsCALE ou inversement. Je pense qu'il y en a pour tous les goûts » (M08).*

b) Facteurs influençant le recours à l'ETP à l'extérieur du cabinet

La délégation de l'ETP à quelqu'un d'autre est surtout soumise à **la volonté du patient**. Certains refusent de voir quelqu'un d'autre « *il y en a qui veulent que moi » (M07), « « Oh non vous vous le faites bien » » (M06).*

Beaucoup de patients donnent également un **accord de principe**, sans forcément honorer cette parole ensuite « *ils sont pas contre « bah oui on va aller voir » » (M06), « En fait les gens sont, à part pour l'hospit, rarement opposés, mais ça suit pas forcément derrière » (M03), « Avec le recul, l'infirmière ASALEE me dit qu'ils viennent pas tous hein » (M09).*

Il existe d'ailleurs **un biais** dans la consultation externe pour l'ETP : ceux qui y vont sont souvent ceux déjà intéressés par leur maladie et actifs « *Soit les diabétiques sont pas motivés par le régime, ça les emmerde, ça les fait chier, ils iront pas. Ceux qui y vont, c'est ceux qui sont déjà intéressés » (M02).*

Pour convaincre le patient, **la façon dont est présenté le professionnel** compte beaucoup « *je leur explique que c'est une infirmière qui s'occupe du diabète* » (M05), **les avantages** du patient à aller la voir « *tous les avantages, qu'elle a plus de temps que moi, que ce sera complètement pris en charge, [...] elle aura le temps de leur expliquer et de répondre à toutes leurs questions* » (M07), « *Je dis « vous allez voir une diététicienne, faire le point sur votre alimentation, pour améliorer le diabète, puis elle propose des fois des groupes de marche, vous verrez avec eux* » » (M08) et pour les réfractaires, **la réalisation d'examens complémentaires** peut être une porte d'entrée vers l'ETP « *même s'ils veulent pas aller la voir régulièrement, euh, leur dire « oh ça fait longtemps que vous avez fait un électrocardiogramme* », *elle fait toujours un peu d'éducation thérapeutique en loucedé comme ça, et je me dis peut-être que ça peut les accrocher sur autre chose* » (M07).

**La façon d'adresser le patient** rentre aussi en jeu. La plupart des médecins remettent au patient les coordonnées du professionnel, mais l'efficacité de cette méthode n'est pas toujours au rendez-vous « *au début je leur en parlais, je leur donnais la fiche en leur disant prenez rendez-vous, ils me disaient « oui » et en fait je me rendais compte que c'était pas fait derrière* » (M09).

Rédiger un courrier aurait plus de chance d'aboutir « *le malade il va se dire « il m'a fait un courrier, qu'est-ce que je fais de la lettre » Bon il va peut-être pas la foutre à la poubelle s'il a un peu de respect pour son médecin. Mais ça va l'inciter quand même à prendre contact.* » (M02). Donner directement le rendez-vous augmente les chances que le patient s'y rende « *quand je leur propose, je leur donne le rendez-vous tout de suite moi avec l'infirmière ASALEE [...] si je leur demande de le faire, c'est beaucoup moins sûr qu'ils le fassent* » (M04).

Le patient peut aussi être contacté directement par le professionnel libéral « *elle en général elle fixe les rendez-vous* » (M07), ou par Santé EsCALE 41 après réception de la demande d'appui « *en général ils nous confirment qu'ils ont bien reçu la demande et ils contactent directement les patients* » (M04).

**TABLEAU 3 : Les médecins généralistes et les professionnels de l'ETP**

Thèmes	Sous-thèmes	Principaux résultats
Recours aux professionnels de l'ETP	La coopération interprofessionnelle : une solution	MG favorables à la délégation de l'ETP
		Avantages des autres professionnels : temps et formation à l'ETP
		Déléguer l'ETP soulage le MG
	Recours actuel	9 MG sur 11 recourent à d'autres professionnels
	Causes de non-recours à d'autres professionnels	Méconnaissance des professionnels de l'ETP
Les intervenants sollicités par le médecin généraliste	Service de diabétologie du CHB	Pas d'attente du MG par rapport à l'ETP
		Adaptation thérapeutique pour des patients déséquilibrés ou compliqués
		L'hospitalisation permet une prise en charge globale, dont l'ETP
		Difficulté d'accès au diabétologue
		Plus d'impact sur le patient quand spécialiste
		Peu de retour sur l'ETP
	Les infirmières ASALEE	Prise en charge complète de l'ETP
		Proximité avec les médecins et les patients
		Echanges facilités
		Absence de dépense pour les patients
		Grande satisfaction des MG
	Santé Escale 41	Rôle complémentaire au MG
		Connaissance hétérogène de la structure parmi les MG
		Attentes : diététique et activité physique
		Absence de dépense pour les patients
	Diététicienne libérale	Inconvénients : distance, peu de communication avec les MG
		Satisfaction des médecins et des patients
		Prise en charge diététique optimale
	IDE libérales	Non remboursée par l'Assurance Maladie
		Partenariat MSP avec CPAM/MSA
	SOPHIA	Apprentissage des techniques pour les traitements injectables ou l'autosurveillance glycémique
Non utilisé		
Activité Physique Adaptée	Jugé inefficace et à l'abandon	
	Peu connue des MG	
Facteurs influençant la coopération d'autres professionnels	Facteurs influençant le choix du professionnel à qui est confiée l'ETP	Souhaitée par certains
		Liés à la structure : - Prise en charge financière - Distance
		Liés au professionnel de santé : - selon la connaissance que le MG a de l'offre d'ETP - influence de la collaboration avec une IDE ASALEE - SE41 pour une ETP plus approfondie

		Liés au patient : - selon son âge - selon son activité professionnelle - selon son ressenti
	Facteurs influençant le recours à l'ETP à l'extérieur du cabinet	Volonté du patient
		Présentation du professionnel par le MG
		Modalités d'adressage du patient

## **D. Attentes des médecins généralistes concernant l'ETP des patients DT2**

### **1. Retour sur la pratique actuelle**

#### a) ETP réalisée par le médecin généraliste lui-même

Finally, the practice of generalists in consultation is rather **une ébauche d'ETP** « *on amorce tout ce travail-là* » (M05). They express **des difficultés** to put it in place « *c'est pas toujours des choses qu'on peut faire de manière si facile* » (M01), « *l'éducation thérapeutique des fois elle passe un petit peu à l'as, on essaie de faire tout ce qu'on peut pour faire le point du diabète, mais c'est pas toujours évident* » (M10). **Déléguer** brings a solution « *je leur sors les grandes lignes et après je passe la main* » (M09).

#### b) Coopération avec d'autres professionnels

As we have seen, the returns of generalists are **positifs** concerning cooperation with other professionals. They see **une aide** « *ça m'aide* » (M09), « *Ce qu'on en attend, ça va être une aide, un accompagnement, dans mon projet d'éducation thérapeutique* » (M10).

This **décharge** the doctor of ETP « *ça m'enlève un peu cette partie-là quoi donc je leur demande s'ils suivent les consignes quoi, mais je reprends pas ce que dit... Non non, moi je me cantonne à mon truc cardiovasculaire, ophtalmo, cardio, prises de sang machin, pneumologue...* » (M08), « *qu'ils me débarrassent de la diététique.* » (M02).

They appreciate an external help when ETP started in consultation is **un échec** « *Parce que on stagne un peu, que j'avance pas et que je pense qu'il a besoin d'une autre oreille, d'un autre discours* » (M08), « *ceux avec qui j'ai le plus de mal* » (M11), « *c'est ceux où je commence à perdre la main en fait, je commence à envoyer quelqu'un d'autre.* » (M09).

Professionals like ASALEE or Santé EsCALE 41 also allow to **recréer du lien** with « *Des gens qui sont soit quand même très isolés socialement* » (M04), « *je sais que derrière il y a le côté contact social, ceux qui sont un peu isolés* » (M08).

The major inconvenience is **l'absence de retour** made to the generalist, in any case in the details.

Most GPs have **leurs habitudes** to address patients « *je travaille avec très peu de structures donc en général quand je suis satisfait je change pas* » (M02).

Doctors working with an **infirmière ASALEE** are very satisfied with the development of ETP « *Oui ça me convient. Je trouve mon équilibre comme ça.* » (M09) which seems for some the ideal for diabetic patients to have ETP « *faudrait qu'il y ait les infirmières ASALEE dans tous les cabinets* » (M05).

### c) Avis sur l'offre d'ETP

Concernant l'offre en ETP sur le territoire, les médecins trouvent qu'elle s'est considérablement **enrichie** avec les années « *l'éducation thérapeutique justement, je trouve que c'est plutôt beaucoup mieux développée qu'il y a quelques années, avec d'une part les IDE ASALEE quand on en a, Santé EsCALE, en plus ils développent l'activité Sport Santé* » (M04).

Mais, la multiplication des structures risque de **compliquer le suivi** du patient « *il faudrait qu'on soit rassemblés. Le problème c'est que c'est délocalisé, t'as Santé EsCALE, t'as ASALEE, t'as l'hôpital, t'as, les diététiciennes en libéral [...] On sait pas du tout où les gens sont suivis* » (M08), sans compter l'aspect financier « *on s'éparpille dans plein de trucs, et ça coûte cher tout ça* » (M08).

## 2. ETP idéale selon les médecins généralistes

L'ETP devrait être faite à **tous les patients** « *idéalement ce serait bien que tout le monde voit l'infirmière ASALEE et éventuellement d'autres professionnels* » (M04), « *que ce soit possible pour tous les patients diabétiques* » (M01), « *mais je pourrais tout à fait envoyer tous les patients diabétiques voir notre infirmière ASALEE, ça c'est tout à fait pertinent* » (M05).

Un médecin soulève l'idée d'une **ETP obligatoire** « *Sinon après, on peut les faire convoquer par la sécu (rires). Tout malade obtenant une ALD pour un diabète peut être convoqué en éducation thérapeutique [...] Plutôt que de faire des bilans de santé aux gens qui vont bien, ils pourraient convoquer, ils pourraient avoir une diététicienne là, et puis éventuellement, les convoquer pour un bilan diététique, par exemple* » (M02).

L'ETP doit se faire **au plus près des patients** « *que ce soit proche physiquement, la proximité géographique c'est important aussi* » (M04), « *investigatrice : quelque chose de proximité plutôt ? - M01 : Ouais, je pense que c'est important parce qu'en fait je trouve qu'on perd avec la distance* ».

Elle doit également être **prise en charge** « *que ce soit gratuit* » (M04).

L'ETP devrait faire l'objet d'une **consultation dédiée** « *l'idéal c'est qu'il y ait des consultations d'éducation thérapeutique* » (M02), « *qu'il y ait des consultations vraiment dédiées à ça* » (M08), « *Il faudrait peut-être faire une consultation un peu plus dédiée, après la découverte* » (M11).

Cette ETP pourrait être faite **par le médecin traitant** « *ou faudrait que je les fasse venir, une consultation et dire « aujourd'hui on fait que le diabète »* » (M06), « *j'aimerais avoir aussi une heure de consultation tous les 3 mois à leur consacrer et pouvoir aussi rentrer dans les détails avec eux, ce serait ça le monde idéal* » (M07), « *J'aimerais bien avoir 45 minutes, alors pas 4 fois dans l'année, mais à une consult dédiée, où justement t'as pas grand-chose d'autre à faire qu'approfondir le sujet* » (M09).

Un médecin évoque l'idée d'une **rémunération spécifique** pour ce travail « *je sais bien qu'il y a plein de cotations, [...], comme les visites longues* »(M06).

Les séances dédiées à l'ETP pourraient être faites en individuel, mais aussi **en groupe** « *l'infirmière ASALEE essaye au bout de 4-5 patients de les contacter, de leur proposer une formation un jour et puis au moins de les voir tous ensemble* » (M01), « *qui permettraient aux diabétiques de se rencontrer, de parler de leurs problèmes de santé, chose qu'ils font jamais dans la vie courante* » (M02), « *peut-être un peu comme les alcooliques anonymes, des groupes où on, des groupes de partage pour les patients peut-être* » (M11).

### **3. Solutions pour améliorer l'ETP**

#### a) Une meilleure connaissance des acteurs de l'ETP sur le territoire

Premièrement, **en étant informé** des structures existantes « *toutes les infos, s'il y a des structures qui existent* » (M09), « *une plaquette avec des gens à qui on puisse s'adresser nommément* » (M02).

Cela concerne aussi l'APA « *il faudrait qu'on ait un annuaire de professionnels qui font ce genre de, c'est des salles de sports, d'activités sportives. Moi je suis d'accord mais il faudrait qu'on ait un annuaire. Comme là, Ameli vient de nous mettre en place l'annuaire des psychologues* » (M06).

Un médecin trouve que mettre en place de l'activité physique pour les patients serait une bonne idée sans savoir que l'APA existe déjà « *créer par exemple des associations sportives dédiées aux diabétiques* » (M02).

Deuxièmement, **en découvrant les acteurs de l'ETP**. Un médecin était maître de stage avec une interne ayant assisté à des consultations avec l'infirmière ASALEE du cabinet et trouve cela bénéfique « *elle est revenue enchantée aussi, de découvrir aussi, bah d'autres consultations, d'autres manières de faire [...] je me dis que derrière ça inciterait plus les médecins généralistes à avoir des infirmières ASALEE* » (M07).

Un autre médecin était ouvert à aller découvrir SE41 dans leurs locaux « *qu'on ait une journée avec, peut-être une journée avec eux, à escale santé, ça ce serait vachement bien honnêtement, avec bah, une diététicienne, qui nous prend comme si on était un patient, qui nous explique.*» (M03)

Echanger, découvrir les autres professionnels formés à l'ETP, en plus de faciliter l'adressage, permettrait d'améliorer l'ETP faite par le médecin généraliste « *nous dans nos formations de médecin généraliste, on aurait peut-être aussi des leçons à tirer des infirmiers, infirmières ASALEE* » (M07).

## b) Améliorer la communication entre les professionnels

Pour les médecins traitants qui délèguent l'ETP, **un retour** de celui en charge de l'ETP est vraiment attendu afin de « *rebondir dessus* » (M01) et avoir une meilleure prise en charge « *si on sait pas ce qui a été dit avant, je trouve qu'on perd en efficacité probablement aussi* » (M01). Pour cela, **les échanges** entre professionnels semblent être un point clé pour améliorer l'ETP « *ce serait pas mal de mettre en place des échanges comme ça* » (M06), « *Dans un monde idéal, ce serait qu'on se rencontre et qu'on parle de nos patients quoi* » (M03).

Plusieurs pistes se dégagent :

- La création d'un **outil commun** « *avancer sur un espèce de DMP spécial diabète mais très succinct* » (M01), « *je pense des dossiers partagés sur un patient, où, chacun, comme je fais avec ASALEE, elle est connectée et du coup on communique comme ça* » (M08), « *Pourquoi pas avoir une messagerie où on puisse communiquer, à propos des patients plus facilement* » (M10).  
Chacun pourrait alors laisser **une trace** de son intervention « *2 lignes par consult ou par intervention* » (M01), « *que chacun donne des infos précises de conclusion de consultation* » (M09).  
Un des médecins explique déjà utiliser un outil semblable avec des professionnels du secteur, mais pas pour l'ETP « *on a une messagerie sécurisée, qui s'appelle Idomed, qu'on a créé. Moi je suis dedans, c'est un truc, tu vois c'est un Whatsapp des médecins, des professions médicales et paramédicales* » (M06).
- Une **prise en charge multidisciplinaire** coordonnée autour du patient avec par exemple une « *réunion pluridisciplinaire* » (M03) ou bien la création de « *pôles, comme on fait maintenant des trucs, multidisciplinaires, enfin pluridisciplinaires, pour prendre en charge un cancer, et bah qu'est-ce qu'on fait pour ce patient diabétique, ce serait ça quoi* » (M08).  
Le travail au sein d'une **MSP** peut, pour certains médecins, faciliter les échanges « *cette façon de travailler, je pense que ça va se développer, enfin j'espère, ça va aider à prendre en charge ces patients là mais de façon un peu plus... On aura une communication plus directe avec les infirmières ASALEE, diététicien.* » (M08), « *On a commencé à faire des groupes d'échange* » (M10).
- Ou de façon plus classique « *soit par des réunions, mais je suis pas un grand fan, par courrier interposé* » (M09)

## c) Support écrit

Un médecin aimerait avoir des supports écrits à donner au patient en consultation « *j'aimerais bien avoir, des listes à leur donner ou des choses* » (M11).

d) Des attentes autres que l'ETP concernant les patients DT2

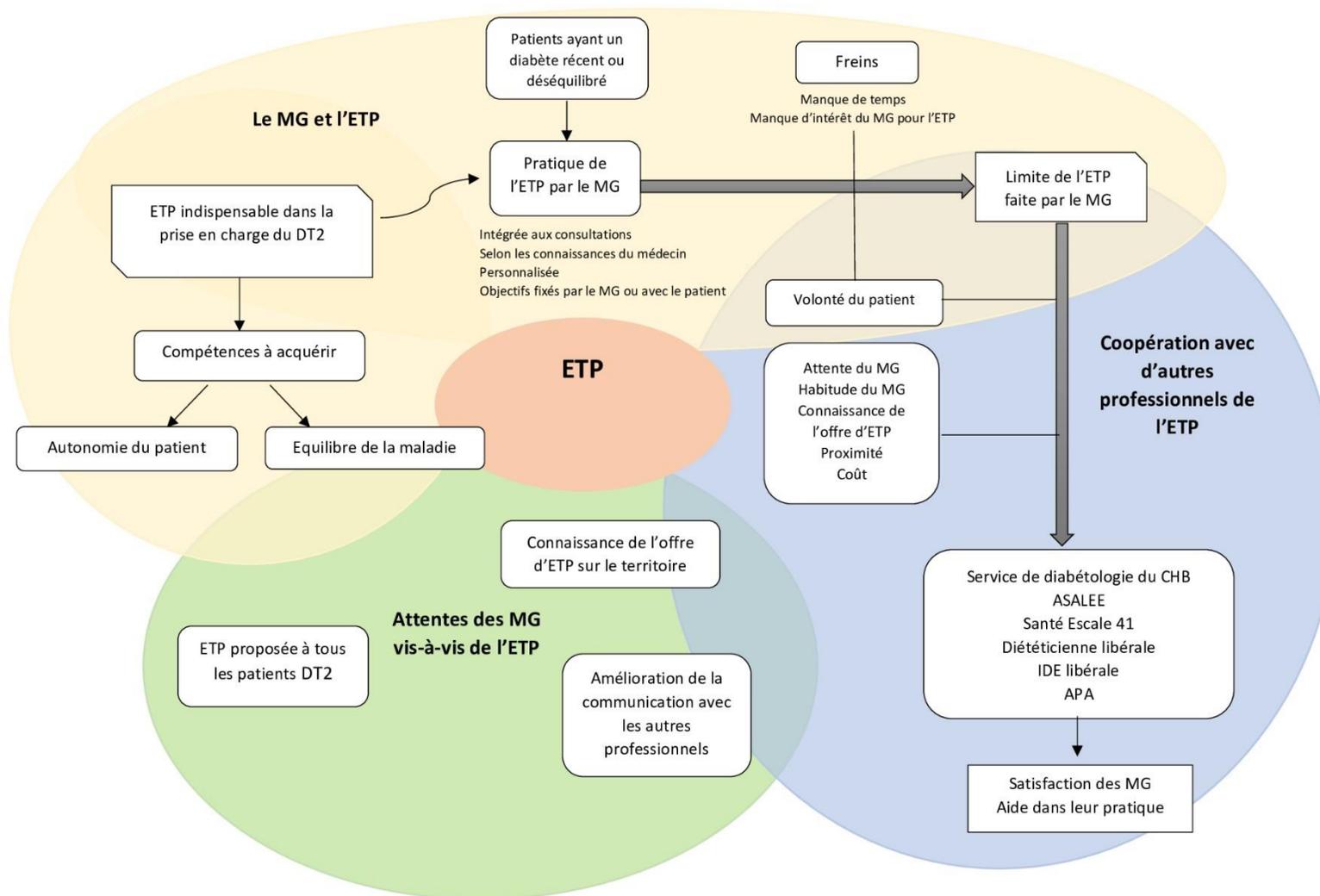
Un médecin évoquait une formation en ETP « *je trouve que ce serait bien, l'éducation thérapeutique, à la limite qu'on nous forme déjà bien* » (M06) mais la plupart ne sont pas demandeurs et préféreraient une **formation sur la thérapeutique** « *je voudrais une formation [...] sur la thérapeutique* » (M03), « *j'aimerais bien qu'il y ait de temps en temps des mises à jour fournies à tous les médecins, avec les nouvelles prises en charges thérapeutiques, les nouveaux médicaments* » (M09).

Les médecins généralistes ont des attentes plutôt axées sur le soin et notamment **l'accès aux spécialistes**, difficile actuellement « *C'est pas forcément dans l'éducation thérapeutique, parce que nous on a des ASALEE, on a Santé EsCALE... Mais dans le soin [...] La difficulté globale d'accès aux soins c'est un vrai problème* » (M04), « *Le besoin c'est surtout qu'il y ait des confrères spécialistes* » (M05), « *ce qui nous manque c'est les endocrinologues de ville sur Blois* » (M10).

**TABLEAU 4 : Attentes des médecins généralistes concernant l’ETP des patients DT2**

Thèmes	Sous-thèmes	Principaux résultats
Retour sur la pratique actuelle	ETP réalisée par le médecin généraliste lui-même	ETP peu approfondie
		Difficultés à mettre en place l’ETP
	Coopération avec d’autres professionnels	Retours positifs de la part des MG
		Aide dans la prise en charge
		Chaque MG a ses habitudes concernant la collaboration
	Avis sur l’offre d’ETP	Offre riche
Risque de complications du suivi des patients		
ETP idéale selon les médecins généralistes		Tous les patients devraient en bénéficier
		Proximité
		Prise en charge financière
		Consultation dédiée
		MG impliqué dans l’ETP
		Séances individuelles ou en groupe
Solutions pour améliorer l’ETP	Une meilleure connaissance des acteurs de l’ETP sur le territoire	En étant informé des structures existantes
		En découvrant la pratique des autres professionnels de l’ETP
	Améliorer la communication entre les professionnels	Améliorer les retours faits par les autres professionnels de l’ETP au MG
		Faciliter les échanges : outil commun, réunions pluriprofessionnelles...
	Support écrit	
	Attentes autres que l’ETP	Formation sur la thérapeutique
Accès facilité aux spécialistes		

## SCHEMA 1 : Principaux résultats



## **IV. DISCUSSION**

### **A. Les pratiques des médecins généralistes**

#### **1. L'ETP vue par les médecins**

Depuis une vingtaine d'années, l'éducation thérapeutique a été pleinement intégrée dans la prise en charge des maladies chroniques et du diabète de type 2 en particulier. Elle est complémentaire du traitement médicamenteux et des soins apportés au patient (10).

L'ETP est jugée primordiale par les médecins interrogés. Pour eux, elle concerne en premier lieu l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques qui sont la base du traitement du diabète de type 2.

Pourtant, lors des entretiens, ils sont plus hésitants à qualifier leur pratique d'ETP. La plupart disent « tenter » ou « espérer » en faire. Un médecin affirme même que ce qu'il peut proposer en consultation n'en est pas. Cela contraste avec plusieurs études interrogeant des médecins généralistes sur leur pratique de l'ETP. Selon une enquête menée en 2007 dans les départements de l'Indre et du Loiret, 97% des médecins généralistes pratiqueraient l'ETP (15). Une autre étude menée en 2013 retrouvait un chiffre de 71% (16). Cette différence de résultats peut s'expliquer par la différence de méthodologie avec notre étude. Ces deux études étaient quantitatives et ont pu entraîner un biais de désirabilité sociale. D'autre part, elles ne permettaient pas de préciser quels concepts les médecins généralistes placent derrière l'expression « éducation thérapeutique ».

En effet, la définition de l'ETP ne semble pas uniforme au sein de la communauté médicale. Une partie des médecins assimile à l'ETP des pratiques éducatives relevant plutôt d'un transfert des connaissances du médecin vers le patient, lui apportant des informations sur la maladie et des conseils pour équilibrer son diabète et éviter les complications (15,17). Or, la HAS précise bien qu'une « information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient » (18).

Dans leur pratique, nos médecins ont aussi recours à cette transmission de connaissances sur la maladie et sa prise en charge, qui bien que nécessaire, ne peut résumer à elle seule le processus complexe de l'ETP. On remarque qu'ils recueillent également les habitudes de vie des patients, surtout concernant la diététique et l'activité physique, de façon quasi systématique.

Ces deux premières étapes de recueil et d'information correspondent à une amorce de l'ETP, une ébauche de diagnostic éducatif (19). C'est ensuite que les pratiques diffèrent.

Deux des médecins interrogés étaient sensibilisés à l'entretien motivationnel. Par rapport aux autres médecins, ils interrogeaient plus les patients sur leurs connaissances de la maladie et les impliquaient davantage dans la décision des objectifs à atteindre pour améliorer la maladie, notamment par le biais de questions ouvertes. L'échange et la prise en compte de l'avis du patient étaient plus importants.

L'entretien motivationnel ne résume pas à lui seul l'ETP mais il est un outil et une étape dans sa mise en pratique. Il intervient après le diagnostic éducatif. Les questions ouvertes explorent les freins et les attentes du patient face au changement, et confrontent le patient à ses ambivalences. L'objectif de cette technique de communication est de renforcer la motivation du patient en diminuant ses résistances au changement (20).

Une étude réalisée en Suisse auprès d'étudiants en médecine ayant reçu une formation de 8h à l'entretien motivationnel a montré que ces derniers étaient plus empathiques et avaient une meilleure collaboration avec les patients (21). De plus, cela pourrait diminuer le sentiment de frustration parfois éprouvé par les médecins face à un patient refusant le changement, puisqu'il ne s'agit pas de convaincre, mais de faire émerger la motivation du patient en le mettant face à ses freins et ses envies.

Dans notre étude, les médecins non sensibilisés à l'entretien motivationnel avaient plutôt tendance à avoir une attitude directive avec le patient, corrigeant ses erreurs et lui proposant des objectifs, selon ce que le médecin avait compris du mode de vie du patient. Cette façon de procéder semblait avoir des résultats mitigés voire contre-productifs pour certains. Il ne suffit pas de conseiller pour être écouté et la façon de communiquer a une réelle influence sur le patient (22).

L'étude menée par Sébastien Panot en 2019 (23) montre qu'une formation en ETP permet aux MG d'adopter une posture éducative en consultation, avec plus d'écoute, plus d'échange, et plus d'implication des patients. Cette approche favorisait selon les médecins généralistes de l'étude, une meilleure adhésion du patient et une plus grande réussite du projet de soins. La relation médecin-malade s'en trouvait elle aussi améliorée. La formation en ETP fait partie des facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale d'après l'article d'Anthony Chapron et al (24).

En 2009, un rapport du HCSP préconisait de développer la formation en sciences humaines et sociales et en ETP des médecins. Ce rapport suggérait une formation initiale de 15h à l'ETP pour les médecins généralistes, avec un renforcement de cette formation tous les 5 ans (25). Mais actuellement, la formation en ETP n'est pas incluse dans les études médicales. La formation initiale en médecine générale se base sur l'acquisition de plusieurs compétences par les futurs praticiens dont font partie l'approche centrée patient avec des compétences relationnelles et l'éducation en santé (26). Il y a quelques années, le DUMG de Tours proposait un séminaire de formation à l'entretien motivationnel (27). Ce séminaire n'est plus ouvert actuellement.

Concernant la formation en ETP en elle-même, des formations continues sont possibles, avec la plupart du temps des formations en 40h ou par le biais de DU (28). En pratique, elles peuvent présenter certains freins pour les médecins libéraux, comme la durée de la formation (6 jours pleins) et un coût important (29).

Aucun des médecins de notre étude n'était formé à l'ETP, mais contrairement à certaines études (4), ils ne considéraient pas ce manque de formation comme un frein à la pratique. Cela peut être dû au fait que pour nos médecins, l'ETP concerne essentiellement des compétences d'auto-soins telles que la diététique, l'activité physique, la connaissance de la maladie, le suivi ou encore la gestion du traitement, qu'ils se sentent aptes à expliquer au patient. Cette vision, assez réductrice, de l'ETP est retrouvée dans une étude belge (30). Les compétences d'adaptation, dites aussi psychosociales, n'étaient pas évoquées en tant que telles par nos médecins, peut-être parce qu'elles sont plus difficiles à identifier et expliquer (31). Pour les médecins, l'ETP permet d'atteindre les objectifs biomédicaux nécessaires à l'équilibre de la maladie et à l'autonomie des patients.

Les médecins de notre étude n'ont pas cité l'absence de rémunération comme un frein à la pratique de l'ETP contrairement à d'autres travaux (16,17).

Le frein le plus important rapporté par les médecins interrogés est le manque de temps. Ce constat est retrouvé dans de nombreuses études (32). Le nombre de médecins généralistes diminue, ainsi que leur disponibilité. Leur priorité s'axe alors sur le soin, reléguant au second plan l'ETP. Leurs pratiques éducatives s'intègrent aux consultations. Aucun de nos médecins ne pratiquaient de consultation dédiée à l'ETP. Certains des médecins interrogés aimeraient pouvoir le faire. Un constat similaire est fait dans un rapport de la DREES où 75% des médecins généralistes étaient prêts à proposer des séances d'ETP (33). Mais la mise en place de l'ETP en consultation dépend aussi de l'attrait du médecin pour cette partie éducative. Tous n'éprouvent pas un intérêt particulier pour cela et préfèrent confier cette tâche à d'autres professionnels (23).

Dans notre étude, l'ETP est souvent initiée par le médecin. Les patients la connaissent peu ou pas et en ont donc peu d'attente concernant l'ETP. Certaines études vont même jusqu'à dire que les patients ne voient pas le médecin comme un acteur de l'éducation (17,23).

On peut ainsi parler de manque d'intérêt des patients pour l'ETP. Celui-ci peut s'expliquer par sa réticence à modifier ses habitudes de vie (17). Georges Canguilhem dans son article « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? » aborde la différence de point de vue des médecins et des patients : les médecins cherchent à atteindre des objectifs biomédicaux pour contrôler la maladie, tandis que les patients souhaitent sauvegarder leur manière de vivre en focalisant plus leur attention sur ce que la maladie empêche de faire (23). Personnaliser l'ETP est donc une nécessité, comme le disent les médecins de notre étude.

Enfin, en comparaison avec la littérature, un des freins non retrouvé dans notre travail pour la pratique de l'ETP est la barrière culturelle et linguistique (32). Cela peut s'expliquer par un biais de sélection car nos médecins étaient probablement moins confrontés à une patientèle d'origine étrangère.

En somme, l'éducation thérapeutique apparaît difficile à mettre en place par les médecins généralistes eux-mêmes. Pour résoudre ce problème, une partie des médecins généralistes délègue l'ETP à d'autres professionnels de santé.

## **2. Une coopération interprofessionnelle nécessaire pour l'ETP**

Les médecins interrogés sont favorables au fait de déléguer l'ETP à d'autres professionnels. Ils voient cette coopération de façon positive, leur permettant de les aider, voire pour certains, de leur apporter un véritable soulagement.

Déléguer l'ETP à d'autres professionnels semble nécessaire pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques, la consultation traditionnelle de médecine générale ne pouvant pas répondre correctement aux besoins des patients (34,35).

D'ailleurs, l'intérêt de la multidisciplinarité et du travail interprofessionnel n'est plus à démontrer en général et plus particulièrement pour la réalisation de l'éducation thérapeutique. Elle permet d'offrir une qualité de soins supérieure pour un coût qui ne s'avère pas plus élevé, et satisfait les patients (36).

La majorité des médecins interrogés coopèrent avec d'autres professionnels pour l'ETP de leurs patients diabétiques à l'instar d'autres études (16,17).

Dans le travail des Dr Bourit et Drahi, l'intervenant privilégié des médecins généralistes pour l'ETP était le diabétologue (15). Notre étude retrouve un résultat différent. Même si les médecins sollicitent l'aide du diabétologue, en consultation ou lors d'hospitalisation, ils perçoivent plutôt le spécialiste comme un acteur de second recours, intervenant quand le diabète est difficilement contrôlé ou lors de complications. L'ETP ayant lieu en hospitalisation dans le service de diabétologie est un plus, mais ne constitue pas le motif de recours à l'hôpital. Notre groupe de médecins ne sait pas que l'hôpital a aussi une offre d'ETP ambulatoire.

Le système de santé a également évolué depuis cette étude datant de 2007 et d'autres acteurs de l'ETP ont fait leur apparition, pouvant expliquer que le diabétologue soit moins sollicité pour cette tâche (37). Les établissements de santé ne sont plus les seuls à l'origine de programmes d'ETP et des actions éducatives par des professionnels de premier recours sont possibles .

Mais tous les médecins ne délèguent pas l'ETP. Dans notre étude, deux médecins interrogés assumaient seuls l'ETP de leurs patients diabétiques. Les deux avaient une méconnaissance totale de l'offre d'ETP sur le territoire.

Cette méconnaissance est fréquente (24). En Loir-et-Cher, le diagnostic territorial d'ETP réalisé en décembre 2021 constatait que le manque de communication autour de l'ETP est un des principaux freins à son développement (29).

Malgré de nombreux avantages comme la présence d'une équipe pluriprofessionnelle formée à l'ETP, l'absence de coût pour le patient, et des retours positifs, la structure Santé EsCALE 41 n'est pas encore suffisamment connue de l'ensemble des médecins.

Certains, souvent les plus récemment installés, connaissent vaguement le nom de la structure sans savoir ce qui y est vraiment proposé. Un médecin ne connaissait pas du tout SE41. Les médecins qui avaient le plus recours à SE41 étaient ceux installés depuis plus de vingt ans et qui adressaient déjà des patients au Réseau Santé Nutrition Diabète 41. D'ailleurs, la plupart de ces médecins continuent à appeler Santé EsCALE 41 « le réseau ».

Les modifications récentes du système de santé avec la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 créant les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) puis la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 créant les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) ont vu disparaître les réseaux de santé tels qu'on les connaissait depuis leur création en 2002.

Bien que les programmes d'ETP soient maintenus au sein du pôle Prévention de SE 41 il est très probable que la modification des structures, les changements de noms et d'adresses aient pu entraîner une confusion et une perte d'informations.

La crise sanitaire de la Covid 19 a pu aussi altérer la transmission de l'information aux médecins et la fréquentation par patients bien que beaucoup d'activités éducatives ont pu être proposées en visio ou en téléconsultations.

Il semble que les programmes ETP de SE41 soient insuffisamment connus des médecins. Les attentes des médecins concernent surtout la prise en charge diététique et plus rarement l'Activité Physique Adaptée (APA).

Pourtant, la prescription d'APA est possible par les médecins généralistes depuis 2017 pour les patients en ALD (39) et même pour les patients hors ALD sous certaines conditions depuis la loi de démocratisation du sport de mars 2022.

La thèse de Céline Brédif réalisée en 2022 dans le Loir-et-Cher (40) relève plusieurs freins à la prescription de l'APA, dont le manque d'information ou de visibilité concernant les effecteurs potentiels de la prescription d'APA.

L'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie constitue parfois un frein à l'adressage à des professionnels pouvant contribuer à l'ETP. Cela concerne notamment les consultations avec les diététiciens libéraux alors même que l'équilibre alimentaire est un élément essentiel de la prise en charge du diabète.

Un médecin de notre étude a évoqué un partenariat entre sa MSP, la CPAM et la MSA, permettant de prendre financièrement en charge des consultations auprès de diététiciens et psychologues appartenant à la MSP. Il s'agit d'une expérimentation existant depuis 2019 dans le Loir-et-Cher, actuellement proposée aux MSP volontaires (41). La répartition des fonds se fait par les professionnels de la MSP, ainsi que le choix des patients pouvant en bénéficier. Ceci pourrait constituer une approche intéressante pour certains patients.

Les MSP peuvent également mettre en place des séances d'ETP après formation des professionnels qui y travaillent. Dans le sud du département, les professionnels d'une MSP ont été formés à l'ETP par l'ancien Réseau Santé Nutrition Diabète 41 et proposaient ensuite des séances d'ETP individuelles et en groupe à leurs patients. Pourtant, cela est rarement mis en place (42).

Enfin, le protocole de collaboration ASALEE semble faire l'unanimité auprès des médecins généralistes l'utilisant. L'étude menée par Ahmed Ali-Kada (43) retrouvait un résultat similaire, expliquant qu'ASALEE répond à l'idée que se font les médecins de l'ETP idéale : proximité avec les patients, échanges facilités avec les médecins, consultations dédiées à l'ETP, gratuites pour le patient.

Les médecins engagés dans une coopération étroite avec leur infirmière plébiscitent ce système tout comme les médecins de notre étude. Ils y voient un complément de leur travail avec un accompagnement et une dimension éducative qu'ils assuraient peu jusque-là et un confort d'exercice, voire pour certains une protection face au risque de burn out (44).

Suite à l'expérimentation du protocole de coopération ASALEE entre 2004 et 2008, l'IRDES a publié un premier rapport en 2008 montrant que la collaboration du médecin généraliste avec une infirmière déléguée à la Santé Publique améliorait l'équilibre glycémique des patients diabétiques, la réalisation des examens de suivi et cela sans coût supplémentaire pour l'Assurance Maladie (45). Un nouveau rapport publié en 2021 confirmait l'amélioration de la qualité des soins pour les diabétiques de façon importante et significative (46,47). Enfin, la collaboration semble libérer plus de temps au médecin lui permettant de mieux répondre aux demandes de consultations (48).

Pourtant, ce travail en binôme doit se construire et se travailler pour apporter satisfaction à ses acteurs et impacter de façon positive le suivi des patients (49) .

En somme, les médecins généralistes recourent à des interlocuteurs variés. Ils regrettent parfois le manque de retours de la part de ces intervenants. Pour eux, la continuité dans l'ETP est un gage de sa réussite et la communication entre les différents intervenants doit être favorisée, comme souligné dans l'article du Dr Böhme et al (37).

La thèse réalisée par Marie Landrin en 2017 sur le recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par des médecins généralistes proche de Rouen retrouve des résultats très similaires aux nôtres sur de nombreux points : satisfaction du programme proposé par le réseau mais méconnaissance et peu de retours, recours à l'hôpital pour d'autres motifs que l'ETP, frein au recours à des professionnels non remboursés comme les diététiciennes ou les podologues (50).

Un autre point important est souligné par les médecins : la possibilité pour tous les patients diabétiques de bénéficier de l'ETP. Ce but est pourtant loin d'être atteint actuellement.

En Loir-et-Cher, seuls 5% des patients en ALD ont pu bénéficier d'un bilan éducatif partagé dans le cadre d'un programme d'ETP en 2019. Le diabète de type 2 est une des affections de longue durée les mieux pourvues en matière d'ETP sur le département. Pourtant, alors que l'offre est insuffisante pour couvrir les besoins, on constate que la participation et l'assiduité aux programmes ne sont pas optimales (29).

Plusieurs explications peuvent être avancées.

D'abord, les médecins interrogés jugent difficile de convaincre les patients d'aller aux consultations d'éducation thérapeutique réalisées par d'autres professionnels, parfois malgré un accord initial. Ce constat est également fait dans le travail d'Ahmed Ali-Kada (43). Selon l'étude de Cécile Fournier et Claude Attali, un tiers seulement des patients diabétiques souhaite bénéficier d'une démarche éducative (17). Une étude menée en 2021 retrouvait 9.6% d'absence, d'annulation ou de report de la première consultation prévue avec l'infirmière ASALEE (51).

Deux études se sont intéressées aux freins des patients à consulter une infirmière ASALEE ou un réseau de santé. Les patients déclinant la proposition d'éducation thérapeutique le justifiaient par un manque d'intérêt, d'autres priorités, leur âge avancé, un suivi médical jugé suffisant, des difficultés liées à la distance ou aux horaires des séances, ou bien une incompréhension de ce qui leur était proposé (52).

Au contraire, une attitude médicale d'écoute avec un intérêt authentique pour le discours du patient, un respect de ses envies, la qualité de la relation médecin-patient contribuent à se rendre à une première consultation. De même, le patient est plus enclin à consulter un autre professionnel quand le médecin évoque avec lui l'intérêt de cette prise en charge. L'attitude du médecin est donc importante dans l'orientation des patients vers un autre professionnel.

En fait, comme le dit le Pr Grimaldi (53), l'ETP ne relève pas de la médecine prescriptive standardisée. Elle n'est pas une prestation supplémentaire et doit être proposée au moment opportun, en dehors de tout épisode aigu ou complication.

Ensuite, notre travail suggère que la façon d'adresser le patient à un autre professionnel, par exemple en lui donnant simplement les coordonnées ou en lui donnant directement rendez-vous, influence la venue du patient à la consultation d'ETP. Cela n'a pas été retrouvé dans la littérature.

Puis, le manque d'information concernant l'existence de programmes d'ETP ou de professionnels proposant de l'ETP est un autre frein. Une étude concernant le recrutement de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde pour un programme d'ETP a souligné que seuls 10.2% des patients de la file active étaient informés du programme (54).

Dans notre étude, une partie des médecins généralistes souhaitent que tous leurs patients diabétiques bénéficient de l'ETP, pourtant, ils ne la proposent qu'aux patients ayant un diagnostic de diabète récent ou à ceux dont le diabète était déséquilibré. Certains avouaient ne même pas y penser si le patient était stable. Cela rejoint la thèse de Cécile Dard qui montre que moins d'un quart des patients diabétiques sont orientés vers un programme d'ETP par leur médecin généraliste (55).

La sélection pourrait se faire de manière plus inconsciente, selon les a priori des médecins. Le Dr Panot précisait que l'ETP semblait plus souvent mise en place par le médecin généraliste s'il percevait déjà le patient comme coopérant dans la relation de soins (23). Les médecins de notre étude disent bien que les patients les plus intéressés par l'ETP sont déjà ceux qui se sont intéressés à leur maladie et sont actifs dans sa prise en charge.

L'orientation des patients n'est donc pas systématique et se fait surtout lorsque le médecin ressent des difficultés dans l'ETP (38).

## **B. Quelles perspectives ?**

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'ETP de leurs patients diabétiques de type 2. Cette étude a mis en évidence que les médecins généralistes développent des pratiques éducatives en consultation. Néanmoins, ils sont conscients de leurs limites en matière d'ETP. La coopération interprofessionnelle apparaît comme une solution à un certain nombre d'entre eux mais est loin d'être systématique.

L'analyse des entretiens a pu mettre en évidence certaines perspectives pour le développement de l'ETP. D'autres pistes ont été suggérées par la lecture de la littérature.

### **1. Développer l'ETP en consultation de médecine générale**

#### **➤ Former les médecins généralistes à l'ETP :**

Connaître l'ETP c'est la distinguer d'une simple activité d'informations et de conseil déjà pratiquée par les médecins. Une formation à l'ETP permettrait au médecin d'adopter une posture éducative. Cela permettrait d'améliorer l'implication du patient dans sa prise en charge. Des formations à l'ETP sont déjà proposées dans d'autres filières, comme en IFSI, avec des cours réalisés par des enseignants formés. L'évaluation de cet enseignement menée en 2021 précise tout de même certaines limites dans la mesure où l'enseignement reste plutôt théorique, les stages pratiques où l'ETP est présente étant restreints (56). La perspective d'une formation initiale lors de l'internat de médecine générale pourrait être une solution. Elle permettrait à tous les futurs médecins de comprendre l'ETP et leur donnerait des outils pour pouvoir la mettre en place, de façon plus ou moins prononcée selon leur affinité. Ensuite, parce que la formation initiale permettrait de lever certains freins que présente la formation continue. Enfin, contrairement à la formation infirmière, l'internat de médecine générale organise des stages de 6 mois aux internes, dont 2 en cabinet de médecine générale où les maladies chroniques font l'objet de consultations nombreuses. On peut aussi imaginer une formation ETP de 40 heures obligatoire dans le cadre de la formation. Pratiquer l'ETP fait appel à des compétences multiples que le médecin doit développer au cours de sa formation initiale et continue : compétences pédagogiques, psychologiques et sociales devraient être aussi intégrées à notre formation (53).

➤ Utiliser des outils d'information :

Dans le documentaire « Une vie sous ordonnance », le psychiatre Silla Consoli fait une proposition intéressante pour favoriser l'ETP malgré le peu de temps disponible : passer plus de temps à écouter le patient et notamment ses difficultés plutôt que lui donner des informations qu'il peut par ailleurs trouver via des brochures ou des sites internet bien faits (57). La distribution de documents d'informations concernant surtout la diététique est réalisée par les médecins interviewés. L'un d'eux approuvait l'idée de donner une information écrite au patient. Au Canada, des brochures d'information à l'intention des patients diabétiques existent et peuvent leur être remises par leur médecin traitant (58). Les sites internet sont aussi une ressource potentielle. Dans le cadre de sa thèse, Jean-Baptiste Fron avait créé en 2017 un site internet nommé Diabeclic, approuvé par des endocrinologues et des patients experts, ayant pour but de participer à l'éducation thérapeutique en donnant des réponses aux questions que le patient pouvait se poser. Son étude relevait un important taux de satisfaction et le site est toujours en ligne à l'heure actuelle (59). Une revue de la littérature a également montré que l'utilisation d'internet dans l'ETP des patients diabétiques améliorait le contrôle glycémique, la compréhension de la maladie, les changements d'habitudes alimentaires et la fréquentation des rendez-vous médicaux (60). Même s'il ne remplace pas un échange de vive voix, il peut constituer une base de travail pour orienter plus facilement la consultation sur les problématiques du patient.

**2. Favoriser la coopération interprofessionnelle**

L'ETP nécessite un travail collectif, une coopération entre professionnels et une coordination avec les spécialistes.

➤ Faire connaître l'offre d'ETP sur le territoire aux médecins généralistes

L'offre d'ETP du territoire devrait être connue par tous les médecins généralistes qui restent les principaux coordonnateurs des soins des patients diabétiques de type 2. Le diagnostic territorial d'ETP du Loir-et-Cher réalisé en décembre 2021 a permis de recenser les offres existantes, ce qui représente le premier pas vers la diffusion de l'information.

Le site *prevaloir.fr* recense les programmes d'ETP existants sur la région mais ne semble pas connu des médecins. De plus, il ne recense que les programmes d'ETP, ce qui ne résume pas l'offre.

La fin des réseaux de santé et la création du DAC ont été communiquées par plusieurs leviers : lettre adressée aux médecins, réunions d'informations auprès du CDOM, des CPTS, CH et SSR et autres acteurs des secteurs sanitaire et social. L'information doit se poursuivre et notamment auprès des médecins généralistes, non seulement sur l'existence de la structure, mais aussi sur toutes les activités qui y sont proposées.

Un document d'information pourrait être envoyé à tous les médecins généralistes. Un des médecins soulevait également l'idée d'aller découvrir le DAC sur place et d'y voir les différentes activités. Cela pourrait être une solution car certaines études montrent que les médecins investis dans une structure ou la connaissant mieux adressent davantage leurs patients vers ces structures (38). Concernant l'APA, un annuaire vient d'être créé en 2023 par Santé EsCALE 41 pour recenser toutes les Maisons Sport Santé, les éducateurs en APA, les clubs sportifs proposant de l'APA dans le département. Ce document, plus complet que le site actuellement en place *sport-sante-centrevaldeloire.fr* devrait permettre de faciliter la prescription d'APA.

➤ *Découvrir dès la formation initiale d'autres professionnels*

Un des médecins interrogés était MSU et son interne avait pu assister à des consultations avec l'infirmière ASALEE du cabinet. J'ai également vécu une expérience similaire lors de mon stage de SASPAS, qui a été très positive. Elle permet de mieux découvrir ces autres professionnels, leurs champs d'action, leurs savoir-faire. Ces expériences encouragent le travail futur en collaboration et permettent de donner au futur médecin des bases en ETP.

Depuis presque 2 ans, Santé EsCALE 41 accueille des internes de médecine générale en stage. Ce stage leur permet d'entrer en contact avec tous les acteurs de l'ETP, du sanitaire et du médico-social. Certains ont même pu bénéficier de la formation à l'ETP de 40h, une autre de la formation à l'entretien motivationnel.

Ces expériences sont encourageantes et chaque interne devrait idéalement pouvoir y accéder car elles permettent de sensibiliser à l'ETP en ouvrant au travail en équipe.

➤ *Favoriser la communication entre les différents acteurs de l'ETP*

Pour assurer une continuité dans l'ETP, les professionnels intervenant auprès du patient devrait pouvoir transmettre leurs observations aux autres acteurs de l'ETP, pour que celle-ci soit plus efficace et offrir un meilleur soutien au malade. Cela permettrait également d'éviter les doublons de diagnostic éducatif et d'éviter au patient d'expliquer les mêmes choses à divers professionnels. Des solutions ont été évoquées par les médecins interrogés : des réunions de concertations pluridisciplinaires ou un carnet de correspondance du diabétique par exemple.

Un outil en ligne a également été évoqué. En réalité, cet outil existe, il s'agit de SPHERE (Solution e-Santé de la région), plateforme sécurisée mise en place récemment par l'ARS Centre-Val-de-Loire. Cette plateforme destinée à la coordination des patients complexes est encore peu diffusée. Elle permet de réunir les intervenants médicaux et médico-sociaux du patient autour d'un dossier partagé où sont réunies les informations importantes du parcours des patients, et une messagerie sécurisée. Cet outil devrait répondre à l'attente des médecins, à condition qu'ils le connaissent ainsi que les autres acteurs concernés.

Mais il est probable que la coopération et la coordination ne doivent pas se résumer à un échange d'informations virtuel ou réel. Il faut sûrement travailler à des pratiques et à une culture qui font que les professionnels se connaissent, travaillent ensemble et partagent des conceptions identiques sur la prise en charge des patients avec maladie chronique.

### **3. Rapprocher l'ETP des patients**

#### ➤ Déployer une offre d'ETP de proximité

La proximité est un des critères primordiaux à développer selon différentes études et nos médecins. L'ETP ambulatoire en ville doit donc se développer. Le déploiement des programmes d'ETP doit donc probablement viser à délocaliser les entretiens et les ateliers dans des locaux de proximité.

Le protocole de collaboration ASALEE se déploie petit à petit et permet une ETP au sein du cabinet médical. Santé EsCALE 41 offre une solution complète à certains patients, mais la distance peut représenter un frein. Des actions pourraient se développer en ambulatoire comme cela a été fait en Haute-Côte-d'Or (61). Un nouveau professionnel de santé fait son apparition depuis quelques mois, il s'agit des IPA. Un médecin de notre étude proposait à ses patients diabétiques stables et non compliqués des consultations alternées avec l'infirmière ASALEE, ce qui permettait de libérer du temps au médecin en majorant l'ETP. Les IPA pourraient également assurer ce rôle, renouvelant au passage l'ordonnance du patient si la situation est stable.

#### ➤ Favoriser l'accès financier à certains professionnels paramédicaux.

Un médecin de notre étude s'interrogeait sur le remboursement des consultations par une diététicienne libérale dans le cadre de l'ALD. Cela n'est pas le cas actuellement mais constitue une piste. En Suisse, certaines affections, dont le diabète, ouvre droit à six séances avec une diététicienne remboursées par l'Assurance Maladie sur prescription médicale, permettant un accès plus large à ces professionnels de santé (62). On pourrait donc imaginer une prescription parallèle à celle de l'APA, ou un nombre de consultations remboursées sur ordonnance comme dans le dispositif « Monparcourspsy » mis en place en 2022 (63). Un projet de loi vient d'être déposé récemment à l'Assemblée Nationale pour le remboursement de l'APA.

➤ Sensibiliser les patients à l'ETP et les informer des possibilités sur le territoire

Actuellement, les patients sont adressés vers d'autres professionnels via leur médecin généraliste. Selon la connaissance de celui-ci et la densité de la consultation, l'ETP peut ne pas être abordée. Un article paru dans « Santé Publique » (24) développe cette idée. Les patients pourraient donc être informés par courrier ou bien par l'affichage dans la salle d'attente des cabinets médicaux de l'offre existante en expliquant ce qui est proposé par chaque acteur de l'ETP. Cela pourrait possiblement susciter l'intérêt du patient et ouvrir le dialogue sur ces possibilités avec son médecin traitant. On pourrait aussi imaginer un dispositif mené par la CPAM pour informer les patients en ALD.

Ces différents éléments constituent des pistes pour le développement de l'ETP et faciliter sa mise en place par les médecins généralistes qui sont les interlocuteurs privilégiés des patients diabétiques de type 2. Certaines sont déjà en place et vont se développer, notamment grâce à l'action de coordination de l'ETP portée par Santé EsCALE 41.

## **C. Limites et forces de l'étude**

### **1. Les limites**

Notre travail constitue le premier travail de ce type pour l'investigatrice. Le manque d'expérience de l'investigatrice a pu constituer une limite dans la réalisation des entretiens semi-dirigés et l'analyse des données. Malgré des questions ouvertes et des relances, certains médecins n'ont peut-être pas pu exprimer toutes leurs idées. Les réponses des participants ont pu être orientées involontairement par les questions de l'investigatrice, créant un biais de suggestion.

L'investigatrice connaissait certains des médecins interrogés, ce qui a pu modifier leur attitude et leurs réponses.

L'encodage des données a été réalisé uniquement par l'investigatrice, ce qui a pu créer un biais d'interprétation. Une triangulation des données aurait amélioré la qualité du travail.

Malgré un échantillonnage raisonné, un seul médecin ayant une patientèle rurale a pu être recruté, un autre médecin ayant annulé l'entretien malgré un accord de principe. Ces facteurs ont pu également créer un biais de sélection.

### **2. Les forces**

Le choix de la recherche qualitative était pertinent dans cette étude.

La recherche qualitative est une méthode exploratoire qui, par le biais de questions ouvertes, permet de préciser la perception de l'ETP par les médecins généralistes et de mieux appréhender leur expérience et leur ressenti. Le choix d'entretiens semi-dirigés individuels a permis aux médecins de s'exprimer librement, sans crainte du jugement de leurs pairs sur leur pratique. De plus, cela permettait d'évaluer leur connaissance de l'offre d'ETP sur le territoire sans influence des autres participants. La méthode qualitative est aussi un vecteur pour soulever de nouvelles idées afin d'améliorer l'ETP.

Lors de l'invitation des participants aux entretiens, l'éducation thérapeutique n'était pas évoquée d'emblée, au profit du rôle du médecin généraliste auprès des patients diabétiques de type 2. Ce choix a été fait pour limiter le biais de désirabilité car connaître le sujet en amont aurait pu faire réfléchir le médecin sur sa propre pratique de l'ETP et l'influencer avant le déroulement de l'entretien. Cela a également pu permettre de recruter des médecins ayant moins d'attrait pour l'éducation thérapeutique et qui auraient peut-être refusé de participer à l'étude en en connaissant l'intitulé exact.

L'échantillon a été raisonné, permettant d'offrir une variabilité concernant le sexe, l'âge, le mode d'exercice et le territoire d'exercice des participants.

Les entretiens ont tous été réalisés par la même personne, à l'aide d'un guide d'entretien, ce qui a permis une reproductibilité des résultats. Le guide d'entretien a été testé sur un médecin généraliste au début de l'étude, puis intégré aux résultats au vu de sa pertinence. Les entretiens n'étaient pas limités dans le temps et ont duré entre 27 et 75 minutes, permettant d'explorer les idées des participants.

La saturation des données a été atteinte au bout de 9 entretiens, 2 entretiens supplémentaires ont permis de la confirmer.

Les évolutions récentes de l'organisation de la santé sur le territoire ont probablement influencé les pratiques des médecins traitants vis-à-vis de l'ETP.

En effet, la baisse de la démographie médicale a rendu plus difficile l'accès au généraliste et au spécialiste en diabétologie pour les patients, avec un impact sur l'ETP. De nouveaux modèles ont par ailleurs fait leur apparition : disparition des réseaux de santé, création des DAC en 2019, déploiement des infirmières ASALEE depuis 2016, possibilité de la prescription d'APA depuis 2017 et 2022. Dans ce contexte nouveau, il était donc intéressant d'évaluer l'évolution des pratiques.

Signalons enfin qu'à ce jour, aucune étude similaire n'a été effectuée dans le département.

## **V. CONCLUSION**

L'ETP est depuis longtemps reconnue indissociable de la prise en charge des maladies chroniques et du diabète de type 2 en particulier. Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des patients diabétiques. Outre son rôle de prescripteur et de coordonnateur des soins, il remplit souvent le rôle d'éducateur auprès des patients. Il doit en cela les aider à accepter leur maladie, les accompagner dans les modifications de leurs habitudes de vie et favoriser leur autonomie.

Notre travail montre que les médecins généralistes développent des pratiques éducatives en consultation mais celles-ci ne relèvent pas forcément de l'ETP.

L'éducation mise en place par le médecin généraliste se fait selon ses connaissances et l'intérêt qu'il porte à l'ETP. L'apprentissage des compétences d'autosoins paraît important, avec des explications et des objectifs encore souvent donnés par le médecin. L'avis du patient et son ressenti ne sont pas toujours pris en compte. De plus, la pratique de l'ETP n'est pas systématique et se concentre sur certaines catégories de patients.

Les médecins généralistes décrivent aussi des freins à la mise en place de l'ETP, principalement le manque de temps.

Leur vision idéale de l'ETP serait des consultations dédiées à cette pratique, plus longues que leurs consultations actuelles, et à proximité des patients.

Finalement, cela s'avère déjà possible, à travers d'autres professionnels de santé. Leurs actions sont diverses et complémentaires de celle du médecin, allant d'une ETP globale, à des actions plus ciblées sur la diététique, l'activité physique ou les apprentissages techniques liés au traitement.

Les médecins sont d'ailleurs favorables à ce travail en collaboration, qui leur apporte un soulagement et a déjà montré son efficacité à travers plusieurs études.

Néanmoins, la connaissance de l'offre d'ETP existante sur le territoire n'est pas optimale, ce qui limite sa diffusion à l'ensemble des patients. Elle doit donc être renforcée ainsi que la communication entre les différents interlocuteurs du patient.

L'action de coordination de l'ETP menée par le dispositif d'appui à la coordination Santé EsCALE 41 a permis d'obtenir un diagnostic territorial de l'ETP et de soulever certaines idées pour permettre son expansion.

La question de la formation des généralistes à l'ETP est posée. Ainsi, la formation des médecins doit probablement changer de façon plus globale pour passer d'une culture biomédicale à une culture plus large incluant la démarche éducative. Finalement, l'ETP devrait disparaître en tant que prestation mais s'intégrer aux soins prodigués par le médecin, au même titre que le suivi des complications ou la prescription du traitement.

L'ETP des patients diabétiques s'inscrit dans un système de santé en évolution où le rôle du médecin généraliste auprès des patients diabétiques se modifie. Certains dispositifs sont encore peu connus par les médecins à l'heure actuelle, mais tendent à leur apporter une aide précieuse. Une nouvelle étude sur ce sujet et dans le même territoire pourrait être menée dans quelques années. Il serait alors souhaitable de constater une amélioration des résultats en termes d'implication, de pratique et de coopération pour l'ETP.

# **ANNEXES**

## **Annexe 1 : Courrier d'invitation**

Cher confrère, chère consœur,

Jeune généraliste remplaçante dans le secteur de Blois, je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse. Je suis à la recherche de médecins généralistes exerçant autour de Blois qui accepteraient de participer à un entretien portant sur le rôle des médecins généralistes vis-à-vis de leurs patients diabétiques de type 2. L'objectif de cette étude est d'explorer les pratiques des généralistes auprès de ces patients.

Cet entretien durera environ 30 minutes et pourra avoir lieu au sein de votre cabinet. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré par un dictaphone, dans un souci de précision, afin de ne manquer aucune information pouvant être utile à mon étude. Il sera détruit une fois retranscrit. Vos données personnelles seront anonymisées.

Si vous souhaitez participer, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone, afin que nous organisions l'entretien. Votre participation me sera d'une grande aide !

Je vous remercie par avance et vous recontacterai dans quelques jours,

Confraternellement,

Chloé JULIENNE

## **Annexe 2 : Guide d'entretien (dernière version)**

Bonjour,

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Ma thèse porte sur le rôle du médecin généraliste auprès des patients atteints de diabète de type 2. L'objectif est d'explorer les pratiques des médecins généralistes avec leurs patients diabétiques.

N'hésitez pas à me dire les choses telles que vous les pensez. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, seulement des pratiques différentes.

Dans un souci de précision, je souhaiterais enregistrer notre entretien pour le retranscrire et ne manquer aucune information. Je le supprimerai une fois retranscrit et vos données seront rendues anonymes. Etes-vous d'accord ?

Sexe : Age : Durée d'installation : Territoire d'exercice : rural / semi-rural / urbain Mode d'exercice : seul / cabinet de groupe / MSP Nombre approximatif de patients diabétiques de type 2 dans la patientèle :
--

- 1) Comment se passe une consultation avec un patient diabétique de type 2 habituellement ?  
⇒ De quoi parlez-vous ? Quels sujets abordez-vous ? Le patient aborde-t-il ?
- 2) Quels sont les besoins et attentes de vos patients diabétiques de type 2 ?  
⇒ Pouvez-vous faire face et répondre à tous ces besoins ?
- 3) Pour vous, quel rôle a le médecin généraliste auprès de ses patients diabétiques ?
- 4) Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique pour vous ?  
⇒ Avez-vous des compétences/une formation en ETP ?  
⇒ Quels sujets relèvent de l'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques ?
- 5) Comment abordez-vous et proposez-vous l'éducation thérapeutique en pratique ?  
⇒ Comment faites-vous en consultation pour aborder les règles hygiéno-diététiques ?  
⇒ Sur quels sujets vous sentez-vous à l'aise/mal à l'aise ?
- 6) Cela vous arrive-t-il d'adresser des patients pour l'éducation thérapeutique ? A qui les adressez-vous ?  
⇒ Connaissez-vous bien ces personnes/structures ?
- 7) Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ces personnes/structures ? Quel est votre retour d'expérience ?  
⇒ Vous est-il arrivé de ne plus faire appel à l'une de ces personnes/structures ? Pourquoi ?
- 8) Si vous confiez l'éducation thérapeutique à d'autres personnes, quel impact cela a-t-il sur votre rôle en tant que médecin généraliste ?
- 9) Comment envisagez-vous la collaboration avec les personnes et structures proposant de l'ETP ?

10) Selon vous, comment pourrait-on réaliser l'éducation thérapeutique de façon idéale auprès des patients atteints de diabète ?

11) Quels sont vos besoins pour améliorer l'accompagnement des patients diabétiques ?

12) Avez-vous autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?

Merci beaucoup pour votre participation.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. Santé Publique France. 2021 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
2. Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? BEH. nov 2010;(42-43):425-40.
3. Etude Entred 2007-2010 [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/etude-entred-2007-2010>
4. Lailler G, Piffaretti C, Fuentes S, Nabe HD, Oleko A, Cosson E, et al. Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014–2016. Diabetes Research and Clinical Practice. juill 2020;165:108252.
5. Tancredi M, Rosengren A, Svensson AM, Kosiborod M, Pivodic A, Gudbjörnsdóttir S, et al. Excess Mortality among Persons with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. oct 2015;373(18):1720-32.
6. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&view=map1>
7. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2020 [Internet]. L'Assurance Maladie. 2020 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
8. Fiche « Diabète » [Internet]. L'Assurance Maladie. 2022 [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-fiche-diabete>
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022. 2018 févr.
10. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. Organisation mondiale de la Santé; 1998. 56 p.
11. Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. HAS; 2007.
12. Journal Officiel de la République Française. Article 84 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. juill 22, 2009.
13. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. HAS; 2015 mai.
14. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. HAS; 2018 juin.
15. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. 2007;3(5):229-34.
16. Ané S, Bismuth M, Boyer P, Et al. Les programmes d'éducation thérapeutique selon les recommandations de la Haute autorité de santé sont-ils compatibles avec l'exercice de la médecine générale ? Exercer. févr 2013;(105 suppl 1):16-7.

17. Fournier C, Attali C. Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. *Médecine*. 1 mars 2012;8(3):123-8.
18. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP). HAS; 2007 juin.
19. Reach G. L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2017;11(1):22-7.
20. Cornet P, Guy JL, Hommey N. Éducation thérapeutique au cabinet du médecin généraliste. Place et limites de l'entretien motivationnel. *Médecine*. sept 2013;9(7):319-21.
21. Fortini C, Daepfen JB. Se former à l'entretien motivationnel pour aider ses patients à changer. *Rev Med Suisse*. juin 2012;346(24):1359-61.
22. Gallois P, Vallée JP, Noc YL. Éducation thérapeutique du patient - Le médecin est-il - aussi - un « éducateur » ? *Médecine*. mai 2009;5(5):218-24.
23. Panot S, Beijer FM, Girardot L. Quand l'éducation thérapeutique interroge le « cœur de métier » des médecins généralistes. *Médecine*. sept 2019;15(7):318-23.
24. Chapron A, Fiquet L, Allory E, Brinchault G, Hugé S, Pommier J. Quels sont les facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale ? *Santé Publique*. mars 2017;29(1):21-9.
25. HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov.
26. CNGE. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
27. Vidailiac M. Impact d'une formation à l'entretien motivationnel sur les pratiques des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2014.
28. Formations en Prévention et Promotion de la Santé de la FRAPS Centre-Val de Loire [Internet]. FRAPS Centre-Val de Loire. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://frapscentre.org/formations-fraps/catalogue-de-formations/>
29. Tangara H, DEY U. Le diagnostic territorial ETP Loir-et-Cher 41. 2021 déc.
30. Pétré B, Degrange S, Tittaferante S, Legrand C, Vanmeerbeek M, Froidcœur X, et al. Pratiques hospitalières et de médecine générale d'éducation thérapeutique : l'exemple du diabète et de l'obésité en Belgique. *Santé Publique*. 2016;28(3):287-98.
31. Saugeron B, Sonnier P, Marchais S. COMETE : un outil pour développer les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient. *Santé Publique*. 2016;28(2):157-61.
32. Payet B. Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
33. Paraponaris A, Guerville MA, Cabut S, Obadia Y, Verger P. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile - Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultats*. févr 2011;(753).

34. Halimi S. Quelles adaptations du système de soins pour faire face au défi des maladies chroniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Médecine des Maladies Métaboliques*. sept 2017;11:11S38-44.
35. Legrand K, Gendarme S, Collin JF, Estève V, Durain-Siefert D, Lerman AS, et al. Parcours d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 : analyse des collaborations et partage des tâches entre professionnels de santé. *Médecine des Maladies Métaboliques*. févr 2014;8(1):66-72.
36. Mosnier-Pudar H. Éducation thérapeutique : intérêt d'une équipe multidisciplinaire. In: *Éducation thérapeutique*. 2e édition. Elsevier Masson; 2009. p. 271-7.
37. Böhme P, Lerman AS, Matte P, Herfeld C, Ziegler O. Vers une organisation coordonnée de l'éducation thérapeutique pour les personnes vivant avec un diabète ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. mars 2018;12(2):194-203.
38. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M, Traynard PY, Gagnayre R, Lombrail P. Comment les médecins généralistes favorisent-ils l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique pour leurs patients ? : *Santé Publique*. sept 2018;S1(HS1):69-80.
39. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. déc 30, 2016.
40. Bredif C. Prescription d'activité physique adaptée: évaluation d'une expérimentation par des médecins généralistes du Loir et Cher [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2022.
41. Vimond B, Séon A. Dispositif expérimental de prise en charge des consultations psychologiques: mise en place à la MSP du Trente à Vendôme, et ressentis des différents intervenants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2021.
42. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*. 2017;164(4):887-902.
43. Ali-Kada A, Charles R, Vallée J, Bois C, Savall A. Éducation thérapeutique du patient diabétique en médecine générale. *Médecine*. déc 2018;14(10):457-62.
44. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*. avr 2018;(232):1-8.
45. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Questions d'économie de la santé*. 2008;(136).
46. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Évaluer l'impact de la coopération entre médecin généraliste et infirmière dans le cadre de l'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe) - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (Projet DAPHNEE). 2021.
47. Gilles de la Londe J, Afrite A, Mousques J. La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. *Questions d'économie de la santé Irdes*. déc 2021;(264):1-8.

48. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousques J. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. *Questions d'économie de la santé*. avr 2019;(241):1-7.
49. Afrite A, Franc C, Mousques J. Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. *Questions d'économie de la santé*. févr 2019;(239):1-8.
50. Landrin M. Recours aux actions d'éducation des diabétiques de type 2 par les médecins généralistes en secteur semi-rural dans le canton de Barentin: (MARELIA, IDE, pharmaciens, diététiciennes, service SSR, consultations de proximité, service de diabétologie, service téléphonique) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2017.
51. Hermann-Burteaux A, Crozet C. Pratiques d'orientation vers l'infirmière d'éducation thérapeutique : étude qualitative auprès de médecins généralistes et de patients d'une maison de santé en Lorraine. *Recherche en soins infirmiers*. 2021;146(3):74-94.
52. Favé S, Jolivot A, Desmaris JP, Maurice C, Decullier É, Duquesne B, et al. Freins à la participation des patients en stade 3 de la maladie rénale chronique à l'éducation thérapeutique proposée en réseau de santé. *Néphrologie & Thérapeutique*. avr 2014;10(2):112-7.
53. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. *Les Maladies chroniques: Vers la troisième médecine*. Odile Jacob; 2017. 842 p.
54. Cohen JD, Combe B, Tropé S. Étude du recrutement de patients dans un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 1 déc 2018;10(2):20202.
55. Dard C. Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale à Marseille: pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
56. LAURENDEAU C, MARCHAND C, GAGNAYRE R. Évolution en 2021 de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en formation initiale et place de la simulation dans cet enseignement : une enquête auprès de 92 instituts de formation en soins infirmiers français. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. juin 2022;14(1):1-10.
57. « Une vie sous ordonnance » : Un documentaire pour briser le tabou autour de l'inobservance thérapeutique dans le cancer. 2017.
58. Ivers NM, Jiang M, Alloo J, Singer A, Ngui D, Casey CG, et al. Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada. *Can Fam Physician*. janv 2019;65(1):e8-18.
59. Fron JB. DiabeClic: évaluation d'un outil connecté pour l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 [Thèse d'exercice]. [Lille ; France]: Université du droit et de la santé; 2017.
60. Pereira K, Phillips B, Johnson C, Vorderstrasse A. Internet delivered diabetes self-management education: a review. *Diabetes Technol Ther*. janv 2015;17(1):55-63.
61. Vaillant G, Amhis A, Denis A, Liron M, Perrot MP, Servelle M. Éducation thérapeutique des patients en milieu rural : expérience de l'unité mobile du réseau de santé de Haute-Côte-d'Or. *Médecine des Maladies Métaboliques*. oct 2011;5(5):540-4.
62. Miozzari ACP, Villar P, Miserez V, Gaspoz JM. Collaboration entre médecin de premier recours et diététicienne : tous autour de la table ! *Rev Med Suisse*. 28 sept 2011;310(34):1877-80.

63. MonParcoursPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/>

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de  
Tours Tours, le**



## **JULIENNE Chloé**

86 pages – 4 tableaux – 1 figure – 1 illustration – 2 annexes

### **Résumé :**

**Introduction :** Le diabète de type 2 est une des maladies chroniques les plus fréquentes en France et son incidence ne cesse de croître. L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de sa prise en charge. Le médecin généraliste, en tant que principal interlocuteur des diabétiques de type 2, a donc un rôle à jouer dans sa mise en œuvre.

**Objectif :** Explorer les pratiques et attentes des médecins généralistes concernant l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 dans le secteur de Blois.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée auprès d'un échantillon hétérogène de 11 médecins généralistes installés dans le secteur de Blois. Analyse des données selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Les médecins généralistes ont des pratiques éducatives auprès de leurs patients diabétiques de type 2. Il s'agit plus d'information et de conseil que d'une véritable ETP. Cette part éducative de la prise en charge leur pose quelques difficultés : manque de temps, manque d'intérêt des patients, impact limité de leur discours et parfois manque d'intérêt du médecin. La coopération avec d'autres professionnels formés à l'ETP apparaît comme une solution utilisée par une majorité de médecins mais est loin d'être systématique. Certaines pistes sont évoquées pour améliorer l'accès à l'ETP pour tous les patients diabétiques et la communication entre les différents effecteurs de l'ETP.

**Conclusion :** La pratique de l'ETP est présente en médecine générale mais avec bien des limites. Pourtant, l'offre d'ETP s'est étendue ces dernières années, mais n'est pas suffisamment connue par les médecins. Au-delà d'une meilleure diffusion de l'information, les questions de la formation des MG à l'ETP mais aussi celle du travail en collaboration avec les professionnels et structures de l'ETP sont posées.

**Mots clés :** éducation thérapeutique, médecine générale, diabète de type 2

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Docteur Régis PIQUEMAL

Membres du Jury : Docteur Cécile RENOUX-JACQUET

Docteur Claire PIETTE

Date de soutenance : 11 mai 2023