

# Liste des abréviations

---

ADO : antidiabétique oral

ALD : Affection de Longue Durée

AMAP : Associations pour le maintien d'une agriculture paysanne

AP : Activité physique

ARS : Agence Régionale de la Santé

D49 : Diabète 49

DT2 : Diabète de type 2

ETP : Education thérapeutique du patient

HbA1c : hémoglobine glyquée

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSPPP : Maison de santé pluri-professionnelle

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RD : Réunion diététique

RSI : Régime Social des Indépendants

# SOMMAIRE

---

## INTRODUCTION

### CONTEXTE

- I. Concept de l'Education Thérapeutique du Patient
- II. Les projets de Maisons de Santé Pluri-professionnelles
- III. Le réseau Diabète 49 : un réseau d'ETP en ambulatoire

### MATERIEL ET METHODE

### RESULTATS

1. Relation des diabétiques de type 2 avec leur diabète
2. Démarche d'adhésion à un Réseau Diabète
3. Intérêt d'une ETP de proximité
4. Impact des réunions diététiques
5. Impact des séances d'activité physique
6. Forces de l'ETP en proximité
7. Limites et freins de l'ETP en proximité

### DISCUSSION

Intérêts et limites

Les difficultés à vivre avec un diabète

L'impact positif de l'ETP en proximité

Les réunions diététiques (RD) : acquisition de compétences d'adaptation vis-à-vis de l'alimentation

Succès et perpétuation de l'activité physique (AP) en proximité : une forme d'ETP à développer pour améliorer l'observance

Les limites de l'ETP exprimées par les patients

Rôle du médecin traitant (MT) : proposer l'ETP et solliciter le patient dans ses nouveaux acquis pour maintenir l'observance

Perspectives concernant l'ETP en ambulatoire

### CONCLUSION

### BIBLIOGRAPHIE

### TABLE DES MATIERES

### ANNEXES

# INTRODUCTION

---

Le diabète de type 2 (DT2), devenu en 2010 la plus importante des Affections de Longue Durée (ALD), touche aujourd'hui 3,5 millions de patients en France [1]. Sa prévention et son traitement passent par des mesures hygiéno-diététiques (équilibre alimentaire et activité physique) [2] [3].

Depuis 2001, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est placée au centre du dispositif d'action de prévention et de prise en charge du DT2 (plan national Diabète 2002-2005) [4]. La loi HPST<sup>1</sup> du 21 juillet 2009 (article 84) donne un cadre légal à l'éducation thérapeutique et la reconnaît comme un acte important dans la prise en charge des maladies chroniques, notamment du diabète [5].

Parallèlement, depuis 2008, un modèle fait collaborer des professionnels libéraux au sein de Maisons de santé pluri-professionnelles (MSPP), dotées d'un projet de santé commun offrant des services élargis aux patients, essentiellement en zones rurales [6]. En Maine et Loire, « une feuille de route territoriale 2013 », conduite par l'Agence Régionale de la Santé (ARS), décrit la nécessité de consolider l'offre et l'accès aux soins de premiers recours ; contribuant à l'ouverture d'une MSPP à Noyant et à l'accompagnement du projet de MSPP à Baugé ; villes situées en territoire rural au Nord-Est du Maine-et-Loire [7].

Dans ce contexte, le réseau Diabète 49 (D49) a passé convention avec ces deux associations de MSPP, pour la mise en œuvre de modules d'ETP de groupe, en proximité.

Le récent rapport Igas<sup>2</sup> d'Avril 2012 recommande de « recentrer les programmes d'ETP, notamment ceux des réseaux, vers des populations ciblées [...], mieux articuler les programmes des réseaux avec les cabinets des médecins traitants » [8]. Or deux tiers des programmes d'ETP se situent à l'hôpital. L'offre d'ETP pour les personnes diabétiques de type 2 apparaît limitée en ville et de surcroît en milieu rural [9].

Le travail de cette thèse vise à donner la parole aux patients diabétiques, vivant en territoire rural, qui ont fait la démarche de participer à une ETP proposée près de chez eux. Sous la forme d'entretiens semi-dirigés, il consiste à analyser l'impact de l'ETP dans leur vie quotidienne (bénéfice ressenti, intérêt d'une ETP de proximité, satisfaction, limites et freins).

Il pourra contribuer à discuter autour de la stratégie actuelle de coordination de soins décentralisés.

---

<sup>1</sup> Loi HPST : Loi Hôpital Patients Santé et Territoires

<sup>2</sup> Igas : Inspection générale des Affaires Sociales

# CONTEXTE

---

## I. Concept de l'Education Thérapeutique du Patient

### 1. Définition

En 1996, le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit l'ETP ainsi : « Activités éducatives essentielles à la gestion des pathologies, gérées par des soignants formés [...], conçues pour aider un patient (ou un groupe de patients et leurs familles) à gérer leur traitement et prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie » [10].

### 2. Développement de l'ETP en France

Les recommandations 2007 de la HAS précisent les finalités de l'ETP pour un ensemble de maladies chroniques (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires...) [11]. Le plan national 2007-2011 « Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » a pour objectif de développer l'ETP à l'hôpital et également en ville [12]. L'article 84 de la loi HPST du 21 Juillet 2009 introduit l'ETP dans le droit français, en permettant le développement de programmes spécifiques d'ETP évalués et agréés par les ARS [5].

## II. Les Projets de Maisons de Santé Pluri-professionnelles

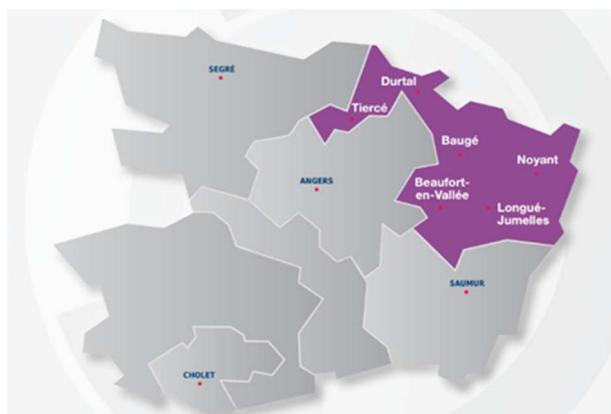
### 1. Définition

Selon l'Article L. 6323-3 du Code de la santé publique: « *La **Maison de Santé** est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* » [13].

### 2. Les MSPP de Baugé et Noyant

#### a. Situation géographique

Baugé-en-Anjou (6461 habitants) et Noyant (1907 habitants) sont deux communes situées au Nord-Est du Maine-et-Loire, membres du « Pays des Vallées d'Anjou », territoire rural et vieillissant, en limite de l'aire d'influence d'Angers [14] [15] [16].



[17]

**Figure 1:** Département du Maine et Loire : localisation des communes de Baugé et Noyant

La ville de Baugé est située à 41 km d'Angers (40 mn en voiture) et la ville de Noyant à 55 km (1h10 en voiture). Baugé et Noyant sont distantes de 17 km (20 mn en voiture).

#### b. La MSPP de Noyant

La « Feuille de route 2013 Territoire de santé du Maine et Loire » souhaitait consolider l'offre et l'accès aux soins de premiers recours en contribuant à l'ouverture d'une MSPP en 2013 à Noyant [7]. La MSPP de Noyant a ouvert début Novembre 2013. Elle regroupe 4 médecins généralistes, 4 infirmiers, 1 pédicure-podologue, 1 ostéopathe et un dentiste [18].

#### c. Le projet de MSPP de Baugé-en-Anjou

Baugé accueillera, fin 2015, une MSPP qui rassemblera près de 40 professionnels (médecins, infirmières, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes...). Un projet qui vise à conserver une offre de soins de qualité et qui se veut attractif pour les jeunes générations de professionnels de santé [19]. En attendant, l'association « Baugé Santé » regroupe une dizaine de médecins généralistes exerçant sur Baugé, et coordonne des projets de santé communs tels que l'accès à l'ETP pour leurs patients diabétiques en partenariat avec D49.

### **III. Le réseau Diabète 49 : un réseau d'ETP en ambulatoire**

#### 1. Présentation du Diabète 49



**Figure 2 :** Logo de Diabète 49

Diabète 49 (D49) est un réseau d'éducation thérapeutique nutritionnelle du patient diabétique. Un de ses objectifs est de développer la prévention et l'ETP par des interventions de groupes en proximité et animés par des professionnels de santé afin d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Le D49 s'adresse aux diabétiques du département du Maine-et-Loire (Angers, Cholet, Saumur, Segré, Baugé, Noyant et le Louroux-Béconnais) pour permettre une meilleure action de proximité.

## 2. Modalités d'adhésion

Les patients diabétiques, assurés sociaux du département affiliés aux trois régimes de l'Assurance Maladie (Régime général, régime agricole, régime des travailleurs indépendants et leurs sections mutualistes) ont la possibilité de s'inscrire au D49. Soit le patient s'inscrit lui-même, soit il est adressé par un professionnel paramédical et/ou par son médecin traitant [20].

## 3. Modules d'ETP proposés par Diabète 49

Diabète 49 propose tout au long de l'année des réunions d'ETP en petits groupes auxquelles les patients peuvent s'inscrire « à la carte », sur différents thèmes (Annexe n°3). Le patient peut être accompagné d'un membre de son entourage s'il le souhaite.

## 4. Mise en place sur Baugé et Noyant

Le partenariat a débuté en Janvier 2013. Les médecins généralistes de Baugé et de Noyant ont pu informer leur patientèle de l'existence du D49 et proposer l'adhésion à leurs patients diabétiques motivés. Plusieurs dizaines de Baugeois et Noyantais ont choisi d'adhérer au D49 dès février 2013, avec un début des ateliers d'ETP de proximité en Mai 2013 :

- 13 réunions diététiques (RD) de Mai 2013 à Juin 2014 (3 à 4 réunions par trimestre) en alternance sur Baugé et Noyant (exemple de programme en Annexe n°4),
- 3 ateliers « Compréhension du diabète »,
- Cycles trimestriels de 12 séances d'activité physique adaptée.

A la fin du 1<sup>er</sup> cycle d'activité physique, financé pendant 3 mois par le réseau, le groupe formé par les patients diabétiques s'est organisé pour poursuivre localement les séances de sport avec l'animatrice sportive, dynamique sur laquelle nous reviendrons dans les parties « Résultats » et « Discussion ».

Le programme d'ETP organisé par Diabète 49 à Baugé et Noyant est pour le moment reconduit jusqu'à fin Juin 2015.

# MATERIEL ET METHODE

---

## I. Type d'étude

Etude qualitative par analyse thématique de contenu sur entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de patients diabétiques ayant participé à au moins une réunion diététique (RD) proposée près de chez eux, sur Baugé ou Noyant entre Mai 2013 et Juin 2014.

## II. Sélection des patients

Les patients sélectionnés devaient être des patients DT2, vivant en territoire rural près des villes de Baugé et Noyant, adhérents au D49, ayant participé aux réunions d'ETP diététique proposées entre Mai 2013 et Juin 2014. L'échantillonnage ciblé de ce travail qualitatif souhaitait inclure une dizaine de témoignages avec des patients ayant participé à au moins 4 séances diététiques, à seulement 2 ou 3 séances, à des séances d'ETP sur Angers avant les séances d'ETP sur Baugé/Noyant et, enfin, des patients ayant participé à l'activité physique adaptée proposée sur Baugé. Le but était d'obtenir un maximum de diversité dans les opinions, représentations et comportements au sein de la population.

## III. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu en face à face au domicile de chaque patient, de Mars à Avril 2014 puis en Juillet 2014 selon les disponibilités des patients et de l'étudiante. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, après avoir recueilli l'accord verbal du patient interviewé. L'anonymat de l'entretien était garanti.

## IV. Matériel utilisé

Un guide d'entretien semi-directif a servi de support (Annexe n°2). Après une courte présentation du thème de la thèse, les questions posées cherchaient à explorer :

- le contexte de l'adhésion au réseau Diabète 49 et les attentes
- la relation avec la maladie diabétique
- l'impact dans la vie quotidienne d'avoir participé à des modules d'ETP sous la forme de RD et/ou de séances d'activité physique adaptée
- l'intérêt que cette ETP soit proposée en proximité
- les limites, les freins ressentis de l'ETP

## **V. Le déroulement de l'étude**

Mi-Mars 2014, la liste et les coordonnées des participants sur Baugé et Noyant ont été récupérées auprès de la secrétaire du D49. Les patients répondant aux critères de l'échantillonnage intentionnel ont été contactés par téléphone fin Mars 2014 et fin Juin 2014 pour convenir d'un rendez-vous à leur domicile. Les patients étaient informés que l'enregistrement et sa retranscription seraient anonymisés. Une patiente a refusé l'entretien pour des raisons de santé, attendant une convocation imminente d'hospitalisation.

Une première analyse au fil de l'eau a été réalisée sur les sept premiers entretiens enregistrés en Mars/Avril 2014 afin de compléter le guide d'entretien et de sélectionner le reste de l'échantillonnage pour les prochains entretiens. Une deuxième analyse des cinq derniers entretiens enregistrés en Juillet 2014 a eu lieu, jusqu'à saturation des données. Au total, douze entretiens de patients ont été analysés pour l'étude.

## **VI. Analyse des données**

### 1. Retranscription des entretiens en Verbatim

Pour l'analyse, chaque entretien a été retranscrit intégralement sur Word en respectant le langage oral. Les hésitations, les rires ont été notés. Les « [...] » correspondaient soit à des problèmes techniques lors de l'enregistrement (bruits parasites, passage d'un membre de la famille pendant l'entretien), soit à une anonymisation du contenu du discours. Afin de préserver l'anonymat des patients, l'extrait d'un seul entretien est présenté en Annexe n°5.

### 2. L'analyse des entretiens

Les premières lectures des retranscriptions ont permis d'élaborer sur Excel une grille d'analyse organisée en thèmes et sous-thèmes. Ensuite l'ensemble du verbatim a été découpé afin d'isoler des phrases ou des expressions représentant une même idée. Ces unités de signification étaient reportées dans la grille de codage, évoluant au fur et à mesure de la relecture des entretiens.

## **VII. Avis du comité d'éthique**

Le projet de thèse (fiche de thèse et contenu du questionnaire semi-directif) a été soumis à l'avis du Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers le 10 Avril 2014 présidé par le Dr J-P JACOB. Le Comité concluait à l'absence d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude et a prononcé un avis favorable.

# RESULTATS

## I. Caractéristiques des patients

### 1. Adhérents au D49 depuis 2013 sur les communes de Baugé et Noyant

Depuis le lancement du partenariat en Janvier 2013 entre le D49 et les deux MSPP de Baugé et de Noyant, le D49 a compté 31 nouveaux adhérents sur Baugé et 13 nouveaux adhérents sur Noyant. Au total, Baugé regroupe 59 adhérents et Noyant 17 adhérents.

**Tableau 1: Participation sur Baugé/Noyant aux modules d'ETP 2013-2014**

		Nombre de personnes ayant participé à un module d'ETP					
		en 2013			1er et 2e trimestres 2014		
	Nombre d'adhérents	Activité physique adaptée	Réunions diététiques	Compréhension du diabète	Activité physique adaptée	Réunions diététiques	Compréhension du diabète
BAUGE	59	11	24	5	5	21	4
NOYANT	17	2	8	3	1	15	1
		Nombre total d'adhérents ayant participé aux modules d'ETP					
		34			35		

Ce tableau permet de comprendre l'échantillonnage sélectionné pour les entretiens, à savoir une majorité de patients venant de Baugé, et des patients ayant participé à plusieurs modules d'ETP.

### 2. Description des patients interviewés

Douze patients diabétiques de type 2 adhérents au D49 ont accepté de participer à cette étude. Leurs caractéristiques sont résumées en Annexe n°1. Le sigle « P chiffre » réfère au patient par ordre d'interview (**P1** à **P12**) et permettait de conserver l'anonymat.

Notre échantillon était composé de huit femmes et de quatre hommes, âgés de 45 à 75 ans (âge moyen de 65 ans), avec un seul actif pour onze retraités, de différents niveaux socio-économiques. Trois patients vivaient à Noyant et neuf patients sur Baugé (Tableau 2).

En ce qui concernait le diabète :

- 50% des patients étaient diabétiques depuis moins de cinq ans, trois patientes étaient diabétiques depuis plusieurs dizaines d'années.
- Tous les patients prenaient un traitement médicamenteux : sept patients avaient des antidiabétiques oraux (ADO) ; trois patients de l'insuline ; un patient traité par ADO et insuline ; un patient par ADO en cours d'essai thérapeutique.

**Tableau 2: Caractéristiques des patients de l'étude**

Entretien	Sexe	Age	Ville	Profession	Statut marital	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC	Hba1c	Année de découverte du diabète	Traitement diabétique
P1	F	68	NOYANT	RETRAITEE (Employée d'usine)	En couple	70	152	30,3	6,20%	2013	ADO
P2	H	65	BAUGE	RETRAITE (Bureau d'études)	En couple	88	163	33,1	6,60%	2012	Metformine
P3	H	62	BAUGE	RETRAITE (Journaliste)	En couple	105	169	37	7,50%	2011	ADO
P4	F	70	BAUGE	RETRAITEE (Prof de yoga)	En couple	58	155	24,1	7%	~1969	ADO
P5	F	68	BAUGE	RETRAITEE (Social)	En couple	80	165	29,4	13%	1997	Insuline
P6	F	75	NOYANT	RETRAITEE (Tertiaire)	En couple	92	154	37,9	9,60%	2011	ADO
P7	F	58	BAUGE	RETRAITEE (Aide-soignante)	En couple	75	156	30,8	6,50%	2009	ADO
P8	H	66	BAUGE	RETRAITE (Pépiniériste)	En couple	112	170	38,8	8,20%	2000	ADO (Essai thérapeutique)
P9	F	73	BAUGE	RETRAITEE (Femme au foyer)	Veuve	69	152	29,9	7,10%	~1980	Pompe insuline
P10	F	66	NOYANT	RETRAITEE (Agriculture)	Séparée	70	149	31,5	7%	2011	Metformine
P11	F	69	BAUGE	RETRAITEE (Agent administratif)	En couple	79	164	29,4	7,30%	2001	Insuline
P12	H	45	BAUGE	ACTIF (Boulangier)	En couple	132	178	41,7	6,10%	2007	ADO + Insuline

- 50% avaient un diabète dit « contrôlé »<sup>3</sup> avec une HbA1c (hémoglobine glyquée) entre 6,10% et 7,0 % ; 25% avaient une HbA1c limite entre 7,10% et 8% ; 25% présentaient un diabète déséquilibré avec une HbA1c allant de 8,2% à 13%.

Concernant le poids, exceptée une patiente avec un IMC (Indice de Masse Corporelle) normal à 24, les autres patients présentaient des problèmes de surpoids (3 patients avec un IMC moyen de 29,6 kg/m<sup>2</sup>) voire d'obésité (8 patients avec un IMC moyen de 35,1 kg/m<sup>2</sup>).<sup>4</sup>

**Tableau 3: Date d'adhésion, participations aux réunions diététiques et à l'activité physique (Mai 2013 à Juin 2014)**

Entretien	Sexe	Age	Ville	Date adhésion réseau	Nombres de réunions diététiques	Participation activité physique
P1	F	68	NOYANT	avr-13	3	NON
P2	H	65	BAUGE	avr-13	2	OUI
P3	H	62	BAUGE	avr-13	4	OUI
P4	F	70	BAUGE	oct-09	3	OUI
P5	F	68	BAUGE	juil-13	1	OUI
P6	F	75	NOYANT	avr-13	4	OUI
P7	F	58	BAUGE	mars-09	2	OUI
P8	H	66	BAUGE	avr-13	2	NON
P9	F	73	BAUGE	mars-13	3	OUI
P10	F	66	NOYANT	dec-12	3	NON
P11	F	69	BAUGE	mars-13	3	OUI
P12	H	45	BAUGE	fev-14	2	NON

Concernant l'adhésion au D49 (tableau 3), trois patients avaient adhéré avant le projet débuté sur Baugé/Noyant (2009 et 2012), et les neuf autres patients entre Mars 2013 et Février 2014.

Concernant la participation aux réunions diététiques (RD) de Mai 2013 à Juin 2014 :

- deux patients avaient participé à un maximum de 4 RD (sur les 11 thèmes proposés)

- neuf patients avaient participé à 2 ou 3 RD

- une seule patiente avait participé à une seule RD

- huit patients avaient à la fois participé aux RD et à l'activité physique adaptée.

- deux patientes (P4 et P7) avaient participé aux RD proposées sur Angers avant la mise en place sur Baugé/Noyant.

<sup>3</sup> Selon les nouveaux critères HAS du contrôle glycémique de Janvier 2013 [3]

<sup>4</sup> L'OMS définit le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup> et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> [21]

## II. Caractéristiques des entretiens

La durée totale des entretiens était de 6 heures, 52 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 34 minutes. Entretien le plus court : 21 minutes 47 sec. Entretien le plus long : 46 minutes (Annexe n°1). La saturation des données a été obtenue lors du 11<sup>e</sup> entretien et confirmé par la suite (extrait anonymisé d'un entretien en Annexe n°5).

## III. Résultats des entretiens

### 1. Relation des diabétiques de type 2 avec leur diabète

#### 1.1 Représentations de l'origine de la maladie

##### 1.1.1. Un héritage familial ou inattendu

L'arrivée d'un diabète était vécue comme une fatalité car la maladie existait déjà dans la famille.

*P5 : « J'avais ma grand-mère paternelle qui était diabétique, mon père qui était diabétique... et puis mes cinq frères et sœurs ... moi je l'ai eu plus tôt qu'eux »*

*P3 : « Moi, je suis d'une famille par le croisement des grands-parents, des parents et tout ça, on a hérité de tout : hypertension, obésité, problèmes cardio-vasculaires »*

Parfois le diabète était inattendu car il n'y avait pas de précédent familial connu.

*P1 : « là je sais pas pourquoi dans la famille y'en a pas déjà, c'est en plus »*

*P10 : « je n'aurais jamais pensé que ça me serait arrivé... Parce que moi, dans ma famille, j'ai posé la question... On ne voit pas qui c'est qui avait du diabète... »*

##### 1.1.2. L'excès de poids

Poids et diabète étaient liés dans l'esprit des patients en surpoids.

*P2 : « pour moi, le diabète était aussi synonyme d'embonpoint »*

*P7 : « ça ça m'a frappé, [...], c'est qu'il n'y a pas que des gens en surpoids qui ont des problèmes de diabète. Ça c'est une chose que j'ai apprise : pour moi c'était lié à 100% »*

##### 1.1.3. Le stress

Les épisodes de vie difficiles étaient considérés comme des facteurs aggravant l'excès de poids et la maladie diabétique.

*P9 : « j'ai perdu mon mari, [...] j'ai vraiment fait n'importe quoi, j'ai mangé n'importe quoi... »*

*P12 : « Le stress. Quand je sais qu'il y a des difficultés au niveau financier, je compense énormément... [...] souvent pour tenir, il faut que je mange, que je grignote un peu »*

##### 1.1.4. Sanction liée au mode de vie (abus, profession, façon de cuisiner)

L'arrivée du diabète était vécue comme une conséquence punitive d'un mode de vie considéré comme abusif ou déséquilibré.

*P2 : « on sait très bien que ça ne peut pas durer une vie comme on a mené... [...] si j'ai du diabète aujourd'hui c'est parce que j'en suis un des principaux responsables. Ce ne sont pas ceux qui m'ont fait manger qui ont été responsables. Je pense que c'est moi tout seul. »*

*P3 : « A partir du moment où on a fait des abus, bah le corps a beaucoup d'effort à faire pour assimiler tout ce qu'on ingurgite, forcément le foie, le pancréas, ça a beaucoup travaillé. »*

Un rythme professionnel décalé était ressenti comme une explication de l'apparition du diabète.

*P3 : « j'avais un travail qui ne m'a pas aidé [...] au bout de 10 ans, ça bousille un métabolisme... »*

*P11 : « en travaillant, avec des horaires décalés, il y a des tas de choses qui n'allaient pas... donc après ça s'est vraiment dégradé. »*

Prise de conscience d'un lien entre une cuisine riche et le diabète.

*P7 : « je me disait toujours bah moi je ferai pas de diabète je mange pas de sucre voilà ... ah c'était ça dans ma tête et puis bah sisi hein... [...] je pense que c'est plus le fait de cuisiner plus gras et puis des choses comme ça... »*

## 1.2 Une maladie sans symptômes

### 1.2.1. Difficultés à se « sentir malade »

Le diabète étant une maladie imprévisible sans symptômes, certains patients exprimaient leurs difficultés à se définir comme « malades ».

*P2 : « je suis diabétique depuis deux ans mais sans le savoir [...] Bon j'ai peut-être ça depuis très longtemps et je n'ai jamais eu de symptômes, je n'ai jamais eu de problèmes particuliers. [...] je veux dire, c'est une maladie qui ne me provoque pas de maux »*

*P11 : « parce que le problème, c'est que... non, moi, je ne me sens pas malade... »*

### 1.2.2. Maladie sournoise et dangereuse

Le diabète étant silencieux, sa gravité était sous-estimée par les patients.

*P3 : « je leur dis « mais bon, c'est quand même incroyable, j'ai jamais rien et puis on me dit oui c'est peut-être parce que justement qu'on a prévenu, qu'il n'y a rien »*

*P2 : « c'est une maladie qui est quand même très piégeante [...] moi j'ai mal nulle part »*

*P11 : « moi j'appelle ça un peu de l'insouciance, parce que je sais que ça peut me coûter très cher [...] je ne me sens pas malade, en plus [...] Je pense que je suis un peu inconsciente »*

### 1.2.3. Dénégation

Certains patients passaient par une étape de refus d'admettre qu'ils étaient diabétiques.

*P2 : « Quand le médecin m'a dit, bah vous avez un commencement de diabète, j'ai dit « ah bon ? » j'ai dit « j'ai pas de diabète : j'ai mal nulle part... » il me dit « ça fait pas mal »... »*

*P4 : « pour moi, je ne disais jamais que j'étais diabétique ... jamais... [...] j'ai quand même pas un taux... pour moi c'est un « pré-diabète » mais c'est pas un diabète quoi... »*

*P10 : « je vous assure que quand on m'a annoncé que j'étais diabétique, je n'en revenais pas : je me suis dit, ils se sont trompés, c'est pas possible ! »*

### 1.3 Les traitements médicamenteux du diabète

#### 1.3.1. Contrainte résignée

Les médicaments contre le diabète étaient ressentis comme une contrainte importante du quotidien, pourtant ils étaient acceptés, par habitude.

*P2 : « je le vis bien... Si ce n'est que la contrainte du médicament qui en fait un de plus »*

*P5 : « maintenant j'ai pris l'habitude, ça ne me gêne pas. Il n'y a qu'à la fin, là, quand j'avais vraiment des très mauvais résultats, et puis que j'avais toujours mes nausées... »*

#### 1.3.2. Repères dans la maladie silencieuse

Les traitements antidiabétiques avaient des effets secondaires symptomatiques que les patients utilisaient comme un rappel à l'ordre de leurs écarts alimentaires ou qui leur permettaient de se « sentir » malade.

*P3 : « le glucophage fait que si je sais que je mange trop de pâtisserie le soir, le lendemain matin, je suis malheureux... Ça c'est un gros avantage. Oh, on fonctionne avec des petites choses, des petits repères comme ça hein. »*

*P11 : « j'ai fait quelques hypo sévères... et bon, là je me dis pas « malade » mais, bon, pour remonter... attention... Alors, là, par contre, je me dis oui, tout compte fait, c'est une maladie »*

*P12 : « C'est depuis que je suis passé à l'insuline, que je me suis rendu compte plus de la maladie... que le fait... bah j'avais du mal à la contrôler, comme je me contrôlais. »*

#### 1.3.3. Retentissement neutre voire positif mais aussi négatif

Certains patients s'accommodaient de la contrainte médicamenteuse, la relativisaient.

*P2 : « ça crée toujours des petits dérangements, les médicaments c'est toujours un peu embêtant [...] je dirai que ça ne reste qu'une petite contrainte quand même »*

L'insulinothérapie et l'autocontrôle du taux glycémique aidaient les patients à mieux contrôler leur alimentation et permettaient des plaisirs gustatifs sans déséquilibrer leur diabète.

*P9 : « ça me permet de manger du sucré ! [rires] C'est surtout ça ! »*

*P5 : « en se piquant, après, on voit le soir, on dit tiens : peut-être que j'ai mangé trop de pommes de terre ! »*

*P12 : « ce que je buvais, ou ce que je mangeais, je n'arrivais à voir le résultat derrière... Tandis que là, je vois bien maintenant... enfin, j'arrive à beaucoup mieux contrôler. »*

Débuter un traitement contre le diabète pouvait être source d'anxiété et d'inquiétude.

*P1 : « moi j'étais un peu paniquée, parce que moi déjà je voulais pas prendre de médicament »*

Des effets secondaires trop contraignants et les échecs successifs du contrôle du diabète étaient responsables d'une grande souffrance morale pour le patient, découragé.

*P5 : « à la fin j'aurai envoyé tous les médicaments, je me disais ça sert à rien, je fais des piqûres, ça sert à rien... [...] je crois que je serai devenue même dépressive, avec ces nausées »*

Le traitement pouvait être jugé vain.

*P6 : « les premiers médicaments que Mme G. m'a donné... ça ne faisait rien du tout [...] Bah, c'est quand même bizarre, ça m'a rien fait : je suis toujours à 9 et quelques, alors... »*

#### 1.4 L'alimentation

##### 1.4.1. Le problème de la gourmandise et de la perte de contrôle

Les patients reconnaissent en majorité être gourmands, avoir bon appétit ou bien être tentés par le grignotage.

*P9 : « je mange mal. Je mange mal : je suis très gourmande. [rires] Ce qui ne va pas du tout avec le diabète ! »*

*P11 : « Mais par contre, quand je suis à table, je suis à table. [...] une fois que j'ai bien mangé, c'est fini, il n'y a pas d'autres grignotages [...] Ça je reconnais, je mange bien... »*

*P3 : « mon problème, [...] à propos du soir : j'ai gardé encore ce besoin de grignotage... »*

L'envie irrésistible de manger certains types d'aliments (le sucré, les fruits...) était difficile à réfréner et les patients décrivaient des comportements alimentaires impulsifs.

*P4 : « quand je commence à manger un morceau de sucre, il m'en faut dix quoi [...] Quand je commence à penser à, par exemple, un morceau de chocolat, ça revient, ça revient, ça revient... jusqu'à ce que j'aille prendre mon morceau... et quand j'ai commencé, le morceau, il faut que la tablette y passe » « je pense que c'est exactement pareil pour les alcooliques, et les drogués »*

*P12 : « c'était la période des beignets, des choses comme ça, c'était affreux... C'est vrai que c'est un combat de tous les jours. »*

##### 1.4.2. Expériences personnelles de régimes

Une non efficacité du contrôle de l'alimentation par des régimes privés était constatée.

*P3 : « le régime alimentaire privé. [...] on a tendance à le faire quand même, et c'est complètement idiot, parce que ça ne marche pas. Ça marche quinze jours, ça marche un mois, ça marche trois mois, et puis on retombe »*

*P10 : « J'avais essayé des régimes, et puis bon, ça tombait à l'eau... »*

#### 1.5 Répercussions sur la vie quotidienne

##### 1.5.1. Un handicap social

Vivre son diabète en société était très souvent compliqué, et par peur de perdre le contrôle de leur diabète, certains patients s'isolaient, se privaient de moments de convivialité.

*P7 : « j'ai toujours peur... chez moi non je sais ce que je fais, mais quand je me dis je vais chez les autres [...] bah voilà, il faut encore se restreindre demain quoi... voilà. C'est ça qui m'agace. » « nous on sortait beaucoup pendant un temps donc on a réduit les sorties... »*

*P11 : « en allant chez des amis, on va peut-être manger à neuf heure et demie [...] ce n'est pas bon ça pour moi, je le sais, bon... Mais, moi, je ne suis pas quelqu'un qui va dire, bah, attendez, moi je suis diabétique, faudrait qu'on mange à huit heures ou huit heures et demi »*

Au quotidien, le diabète pouvait même être ressenti comme un handicap.

*P6 : « ça m'enquiquine ce truc... d'être malade, par ce que je suis arrivée jusqu'à cet âge-là, sans rien avoir à traiter, ni quoi que ce soit... alors moi, c'est un handicap, pour moi »*

*P7 : « parce que le diabète ça met à part quelque part [...] c'est-à-dire ça nous met à part parce que ... on n'est plus comme tout le monde ... faut faire attention... »*

### 1.5.2. Restrictions

Le contrôle strict du diabète était encore associé à une restriction alimentaire, culpabilisante dès qu'il y avait un écart ou la « menace » de passer à une insulinothérapie.

*P1 : « dans la journée on a faim alors on se dit faut pas manger [...] faut éviter de manger entre les repas [...] le problème c'est que faut pas faire du tout d'écarts, sinon ça va monter »*

*P7 : « Quand le médecin m'a parlé d'insuline, le midi j'ai dit à mon mari, c'est fini, on mange plus, terminé : on ne mange plus ! »*

### 1.5.3. Prise de conscience

Les patients réalisaient qu'être diabétique impliquait de revoir certaines habitudes de vie.

*P3 : « j'étais à la limite du type 2, fallait faire gaffe, simplement par le régime alimentaire déjà, pour commencer »*

*P11 : « le problème c'est que à la force de vous dire « t'es diabétique, faut faire attention, faut faire ci, faut faire ça »... bon, je me suis dit, là, il faut peut-être... »*

## 2. Démarche d'adhésion à un réseau Diabète

### 2.1 Histoire de l'adhésion

#### 2.1.1. Adhésion par le Médecin Traitant (MT)

La majorité des adhésions au D49 était proposée par le MT en concertation avec son patient.

*P1 : « Bah ça s'est passé par le docteur, [...] on a rempli un questionnaire [...] c'est elle qui m'avait proposé parce que je savais pas que ça existait en fin de compte. »*

*P3 : « le médecin me dit un jour, là il y a le réseau diabète 49... qui crée un groupe sur Baugé, est-ce que ça vous dirait ? Bah je dis pourquoi pas... »*

Parfois, l'adhésion était plus directive.

*P11 : « ce n'est pas moi qui y ai adhéré : c'est mon médecin personnel [...] on va remplir tout un dossier, [...] comme ça, vous adhérez au Diabète 49 [...] c'est elle qui a fait ça d'office. »*

*P2 : « c'est mon médecin, [...], donc à Baugé, qui a cru bon de m'inscrire à Diabète 49, et de me dire qu'il y avait des activités, qu'il serait bon que j'y participe »*

### 2.1.2. Adhésion par bouche à oreille

Quelques patients apprenaient l'existence du D49 par l'intermédiaire d'amis qui connaissaient le fonctionnement du réseau.

*P5 : « moi, j'ai une amie qui y adhérerait et puis qui m'a expliqué ce qu'on faisait, etc. J'ai dit et bah tiens c'est pas mal »*

*P12 : « j'ai aussi une amie, qui est infirmière, qui elle s'en occupe. Elle en parlait comme ça... de façon décousue... et j'avais une oreille qui trainait... j'ai entendu »*

### 2.1.3. Souvenirs « flous » de l'adhésion

Les circonstances exactes de l'origine de l'adhésion étaient parfois imprécises.

*P6 : « Oh, je ne sais plus : ou je l'ai vu dans la salle d'attente et puis j'ai dû lui en parler... ou il m'en a parlé automatiquement »*

*P8 : « je ne sais pas comment ça s'est fait : est-ce que c'est un truc que j'avais reçu auquel j'avais répondu... ou c'est le docteur qui a fait la demande... »*

## 2.2. Motivations des patients adhérents

### 2.2.1. Curiosité et nouveauté

Les patients participants étaient curieux de connaître le déroulement des réunions proposées.

*P4 : « je suis assez curieuse, j'aime bien les petits trucs un peu nouveaux... je me renseigne... »*

*P8 : « beaucoup de gens qui vont aux réunions, aux premières surtout, c'est par curiosité. »*

*P10 : « je voulais savoir... d'abord je voulais voir comme ça se déroulait »*

### 2.2.2. Volonté de se renseigner et de se prendre en main

Les patients s'appropriant leur santé faisaient la démarche de s'informer et de participer aux réunions.

*P4 : « je dis bon, je vais aller voir, j'aime bien me renseigner, donc j'y suis allée... » « c'est pas du temps perdu, que de se renseigner... »*

*P9 : « d'abord, pour savoir, pour connaître un peu mieux le genre de... la maladie »*

### 2.2.3. Pour leur MT

Quelques patients acceptaient d'adhérer pour faire plaisir à leur MT.

*P3 : « ça m'ennuyait un peu, alors je lui ai dit, franchement, donnez-moi une bonne raison pour que je dise oui.[...] : « j'ai un petit quota à remplir, si vous me dites oui, ça m'en fera un peu moins à chercher ». Je lui dis « ça c'est une très bonne raison », [...] et je suis rentré comme ça dans le système. »*

*P11 : « elle était plus près... à nous faire adhérer pour qu'on arrive à mieux gérer notre diabète. [...]Bon, s'il faut le faire, on le fait... »*

#### 2.2.4. Pour l'accès aux séances de sport

La possibilité de participer à des séances de sport adapté était un argument pour adhérer.

*P5 : « elle m'a expliqué qu'il devait y avoir de la gymnastique de prévue [...] j'ai dit pourquoi pas. [...] il faut que je me décide à m'inscrire. Et puis, c'est vrai, c'est sympa, on est bien. »*

### 2.3 Hésitations à adhérer

#### 2.3.1. Idées reçues

Dans la démarche d'adhésion, il existait un apriori à franchir le pas, une difficulté à percevoir l'intérêt d'assister à des réunions pour le diabète.

*P3 : « le fait d'entrer dans un système qui dit que vous êtes malade, il faut vous soigner... alors qu'on se sent bien portant, [...] moi je suis « débutant diabétique » : je ne me sens pas malade en fait [...] Donc je n'ai pas une obligation ressentie. »*

*P7 : « bon au début j'avais dit non parce que j'avais pas envie »*

*P8 : « je ne sais pas s'il y avait un a priori... au départ, pour moi, c'était du temps perdu... »*

#### 2.3.2. Accepter d'être « diabétique »

Les patients ayant décidé de participer aux réunions du D49 faisaient l'effort de s'admettre diabétique et ne plus occulter la maladie.

*P3 : « bon, ça m'ennuyait un petit peu quand même : c'était un peu la reconnaissance d'un stade... autant on admet certains efforts à faire pour pas avoir de soucis pulmonaire, cardiaque et tout ça... autant le diabète... »*

*P12 : « peut-être que je n'avais pas pris conscience aussi, non plus, de la maladie [...]. Ça a mis un peu de temps à passer à l'acte... mais bon [...] Après, aussi, j'étais dans une démarche où je voulais le faire. Je pense que ça serait arrivé il y a cinq ans, je ne l'aurai pas fait. »*

#### 2.3.3. Pas de regret à postériori

L'expérimentation concrète des réunions d'ETP avait fait disparaître les réticences.

*P7 : « au début moi j'ai dit bah non ça m'agace, j'irai pas. Puis finalement...[...] c'est vrai que ça aide les réunions. »*

*P11 : « je n'ai pas regretté, [...] il y a plein de choses que je n'aurai peut-être pas fait... »*

*P8 : « puis j'ai changé d'avis ! (rires) Non, pour celui qui veut prendre soin de sa santé, ce n'est pas du temps perdu. »*

### 2.4. Accès à d'autres organismes proposant un suivi diabétique

#### 2.4.1. Sophia, MSA (Mutualité Sociale Agricole), RSI (Régime Social des Indépendants) ?

Les caisses d'assurance maladie proposaient à leurs assurés diabétiques d'autres formes d'ETP.

*P10 : « Sophia...[...] eux, ils ne font que d'envoyer un petit papier, [...] ils m'avaient mis, si vous avez besoin de renseignements... tout ça, il faut téléphoner... enfin, bon... Moi, j'ai jamais eu besoin. Bah, non, puisque je vais à 49... »*

*P12 : « comme je suis au RSI, [...] ils m'ont sollicité deux fois, déjà, ils m'ont fait un rappel. »*

#### 2.4.2. Vécu comme un doublon avec le D49

Les patients satisfaits de la prestation du D49 ne souhaitaient pas adhérer à trop d'organismes.

*P4 : « je suis contente... si bien qu'il y a un autre organisme, de la sécurité sociale, Améli... [...] donc, j'ai même pas répondu, je me suis dit, ça fait double emploi avec Diabète 49... »*

*P1 : « Oui c'est ça avec la sécurité sociale. Mais on va pas faire tous les trucs. Là c'est déjà pas mal. Ça me dit rien, c'est pas plus mal : on peut discuter »*

#### 2.4.3. Vécu comme une complémentarité

L'accès à différentes sources d'informations sur le diabète intéressait un des patients.

*P8 : « La MSA elle m'avait proposé le truc pour les repas justement, [...] j'ai suivi les cinq séances [...] il y avait le diabète, mais c'était plus les maladies cardio-vasculaires [...] on peut faire une moyenne des deux ! »*

#### 2.4.4. Sentiment de méfiance

La sollicitation directe par les régimes sociaux entraînait un sentiment de suspicion. Les patients semblaient mieux adhérer quand la proposition d'ETP venait de leur médecin traitant.

*P9 : « je me méfie, vous savez, de tous ces trucs-là [...] non, j'ai été au Diabète 49, ça va. »*

*P12 : « Alors, ils m'ont sollicité en tant que diabétique, pour faire un contrôle tout ça, machin... Je ne l'ai pas fait : c'était un peu nébuleux tout ça... » « Le fait que ça vient du médecin, pas de la sécu, c'est plus facile aussi, je pense que c'est aussi mieux. »*

### 3. Intérêt d'une ETP de proximité

#### 3.1. Freins liés à l'éloignement des patients du lieu des réunions

##### 3.1.1 Ratio distance/temps de trajet/temps de la réunion

Un trop long trajet pour se rendre à une réunion de courte durée était un frein net à y participer.

*P3 : « Mais si en plus, il avait fallu faire une demi-heure de route aller, une demi-heure de route pour une heure et demi de ... pas sûr... non non, je suis même certain que non. »*

*P6 : « comme là [...] ils nous mettent Angers... bon de chez nous, c'est le bout du monde ! Aller et retour 150 kms, donc je ne vais pas y aller pour aller trainer une heure ! »*

Les patients qui avaient fait les déplacements sur Angers ressentaient une perte de temps.

*P7 : « Vous savez des fois j'allais sur Angers, ¾ d'heure de route... autant pour revenir [...] des fois je me disais ça me bousille tout un après-midi pour une heure... »*

##### 3.1.2. Contraintes de la voiture

Conduire sur de longues distances était source d'anxiété.

*P2 : « le bénéfice avec lequel on ressort après la séance, on le perd sur la route par le stress »*

Les patients retraités qui ont beaucoup roulé dans leur vie professionnelle aspiraient à conduire le moins possible.

*P2 : « moi j'ai assez roulé dans ma vie [...] s'il faut reprendre la voiture à la retraite [...] parce que on va à un cours d'éducation « machin » à 40 ou 30 km d'ici, ça nous intéresse pas. »*

*P3 : « je l'ai fait pendant dix ans pour aller au boulot. On ne va pas, à la retraite, recommencer tout ça »*

Lorsqu'il n'y avait qu'une voiture pour deux, se déplacer loin pouvait bloquer soit le conjoint du patient soit le patient.

*P11 : « on a une voiture pour deux, alors si mon mari, il a quelque chose à faire, moi c'est foutu »*

### 3.1.3. Contrainte financière

Le coût financier du trajet en voiture jusqu'à Angers était évoqué par deux patients.

*P8 : « Et puis au prix auquel il est le gasoil... On regarde ça maintenant ! »*

*P9 : « Et puis bah, oh non, c'est des frais, hein. »*

### 3.1.4. Contrainte de santé

Les problèmes de vue empêchaient la participation à des réunions en fin de journée.

*P9 : « sauf si c'est le soir, quand il fait nuit, moi je ne peux pas conduire. [...] Parce que je ne vois pas assez clair... »*

### 3.1.5. Un effort sur l'effort

Se déplacer loin était un effort contraignant qui pouvait décourager les patients qui avaient déjà du mal à se motiver pour assister aux réunions.

*P3 : « même si je n'ai pas de problème de déplacement, hein, c'est pas un souci, mais c'était un effort sur l'effort ... »*

*P7 : « Faut avoir envie d'y aller quoi. »*

*P5 : « s'il fallait y aller à chaque fois sur Angers, je ne le ferai pas je crois, je ne pense pas. »*

## 3.2. Intérêt de la décentralisation des réunions d'ETP

### 3.2.1. Facilité d'accès

La proximité du lieu favorisait l'accès aux réunions sans la contrainte d'un long trajet.

*P3 : « ça a permis d'y accéder beaucoup plus facilement »*

*P12 : « Bon, c'est tellement facile à Baugé, et je trouve que c'est bien que ce soit mis en place, que ce soit décentralisé. Je fais l'effort aussi d'y aller à cause de ça. »*

*P11 : « j'ai tout fait à Baugé. [...] c'est plus facile de faire sur Baugé que d'aller à Angers. »*

### 3.2.2. Motivation à la participation

La proximité permettait aux patients de participer aux réunions de manière plus régulière et de s'impliquer dans le programme d'ETP.

*P11 : « depuis que Baugé est installé, c'est vrai qu'on a plus de possibilité, on fait certainement plus de choses qu'on aurait fait s'il fallait aller jusqu'à Angers... C'est sûr. [...] de prendre quand même les choses plus au sérieux que je ne l'aurais peut-être fait s'il avait fallu que j'aille à Angers... Je pense qu'à Angers, je ne serai pas allée, comme ça, tous les ... tout le temps... »*

### 3.2.3. Gain de temps

La proximité permettait aux patients d'intégrer les réunions d'ETP dans leur journée sans avoir l'impression de sacrifier leur temps.

*P7 : « à Baugé je suis à 5 minutes [...] pour le sport le jeudi matin, bah 5 minutes... voilà c'est rien. Puis à dix heures un quart, je sais bien qu'à dix heures et demie au plus tard je suis là. »*

*P5 : « Ah, moi ça m'arrange ! [...] Bah, oui, parce qu'en cinq minutes j'y suis, hein, enfin, un quart d'heure à pied, ou cinq minutes en voiture... »*

### 3.2.4. Reprise de la participation

L'éloignement des séances d'ETP avait ralenti la participation des plus anciens adhérents, l'organisation des réunions proches de chez eux leur avait permis d'y assister à nouveau.

*P7 : « j'ai dit tant mieux, parce que je n'aurai plus besoin de courir à Angers »*

*P4 : « J'ai dit « chouette » ! Ça va être bien, je vais pouvoir reprendre ! »*

### 3.2.5. Participation possible de l'entourage

La proximité facilitait l'invitation des proches aux réunions par les patients qui ressentaient le besoin de faire découvrir à d'autres diabétiques ou de faire participer leurs conjoints.

*P5 : « j'avais des amies qui voulaient venir, [...], je leur ai dit, bah venez voir à tout hasard, ça ne vous fait pas loin, vous venez, et s'il n'y a pas de place, bon, bah, tant pis... »*

*P6 : « En principe, il vient avec moi, comme ça, il entend tout ce qu'il faut faire. »*

*P12 : « rapidement, au deuxième coup, j'ai vu qu'il fallait que j'amène ma femme... parce que c'est vrai qu'il fallait que ce soit fait en commun »*

## 3.3 Vécu de l'ETP de proximité

### 3.3.1. Satisfaction

La démarche de décentraliser les réunions était appréciée par tous les patients.

P3 : « Non non, la proximité, c'est très très important. Quand j'ai reçu les premières documentations, que c'était possible sur Baugé ou Noyant, oh je me suis dit ça va, c'est bien. »

P10 : « C'est très bien. Moi je dis que c'est très très bien. Noyant, Baugé, c'est parfait. »

P8 : « il ne faut pas tout centraliser sur Angers : il faut mieux qu'ils écartent »

### 3.3.2. Reconnaissance de l'effort fait par le D49

Les patients avaient apprécié que le D49 ai organisé des réunions près de chez eux.

P11 : « ce qu'on a apprécié à Baugé, c'est bon, le Diabète 49, qui est quand même venu à Baugé, donc qui nous a quand même bien facilité la vie, il faut quand même le reconnaître [...] ça m'a empêché d'aller jusqu'à Angers »

P7 : « je trouve que [...] les personnes qui les font sont très gentilles, puis elles ont du mérite : il faut qu'elles viennent d'Angers sans doute ? Elles ont bien du mérite bien du courage »

### 3.3.3. Rencontres locales

La proximité favorisait les rencontres entre diabétiques mais surtout entre concitoyens.

P2 : « je me suis trouvé également avec d'autres personnes de Baugé qui sont certains, d'ailleurs, des copains [...] on ne savait ni les uns ni les autres que nous étions diabétiques »

P3 : « il y a aussi un autre phénomène, [...] on rencontre forcément des gens qu'on connaît : là dans le groupe, il y en a 3 ou 4 que je connaissais d'avance : on a l'impression d'être un petit peu dans la famille. »

P7 : « y'a beaucoup de gens du coin, des gens que je connaissais comme ça de vue et bah maintenant on se connaît beaucoup mieux »

## 4. Impact des réunions diététiques (RD)

### 4.1. Attentes des patients

#### 4.1.1. Apprendre comment mieux manger

Les patients cherchaient des renseignements pour améliorer leur alimentation.

P1 : « puis bon bah déjà ce qu'il faut manger aussi parce que bon on sait pas trop »

P9 : « je me suis inscrite au réseau, aussi, pour pouvoir essayer de mieux manger »

P7 : « surtout le fait de préparer à manger différemment [...] on ne faisait pas très attention... »

#### 4.1.2. Recherches d'idées de recettes

Les idées de menus ou de recettes étaient un support pour diversifier les repas.

P4 : « justement, on parle de cuisine, et justement, avec l'été, d'avoir des idées de recettes... »

P5 : « ce que j'aime bien, c'est toutes les nouvelles recettes. Des fois, des choses qu'on n'a pas l'idée de faire de soi-même : des fois on manque d'idées pour les repas du soir... »

P1 : « les menus déjà. [...] moi je fais beaucoup de cuisine, les menus ça va aider on arrive déjà au printemps c'est pas la même alimentation que l'hiver, et je trouve que c'est bien. »

#### 4.1.3. Recherches d'astuces pour cuisiner autrement

Les patients appréciaient la mise en commun d'astuces faciles pour alléger les plats.

*P11 : « La façon, bon, dont je vous dis de manger, de préparer certaines choses qui sont toutes bêtes, remplacées par un yaourt... [...] des petites améliorations, qui, bon, ne sont pas grand-chose au départ, mais qui, après, on se dit mais pourquoi je n'y ai pas pensé ? »*

*P6 : « C'est sympathique [...]. On trouve toujours des astuces pour cuisiner autrement avec les gens. »*

#### 4.1.4. Piqûre de rappel

Les patients déjà sensibilisés ressentait le besoin de retourner aux RD car les notions et les idées s'estompaient avec le temps.

*P5 : « bah j'y retourne, on peut toujours apprendre de toute façon. [...] c'est bien, justement, [...] parce qu'on a beau se dire « on fait bien », mais des fois, on manque d'idées. »*

*P4 : « bon ça fait du bien de revoir de temps en temps, parce que quand il y a un peu longtemps... on oublie, on reprend les mauvaises habitudes... donc c'est pas inintéressant. »*

#### 4.1.5. Contrôle du poids

Les patients recherchaient des moyens de perdre du poids en améliorant leur alimentation.

*P1 : « J'aimerais bien perdre du poids alors en mangeant équilibré peut être que ça va m'aider »*

*P8 : « C'est dur parce que quand on est en réunion, bah ... j'essaie quand même de faire attention... d'équilibrer... faudrait que je maigrisse... »*

### 4.2. Acquisition de connaissances sur l'équilibre alimentaire

#### 4.2.1. Prise de conscience de certaines « mauvaises habitudes »

Les patients comparaient leurs habitudes de vie aux recommandations diététiques et se rendaient compte des éventuels excès.

*P2 : « on nous dit une petite portion de fromage [...], ou le beurre une petite plaquette [...] j'étais pas du tout dans ce créneau-là [...] j'étais facilement au double voire peut-être au triple »*

*P5 : « j'avais tendance à manger, quand même le soir, facilement de la charcuterie, et puis on mangeait du fromage, j'en mangeais une bonne part, des fois deux, et à chaque repas... »*

#### 4.2.2. Accès aux notions de diététiques

Les patients apprenaient concrètement en quoi consistait l'équilibre alimentaire.

*P1 : « ils nous expliquent exactement ce qu'on mange, ce qu'il faut pas manger, voilà c'est ça que je retiens le plus [...] de savoir les quantités surtout. »*

*P5 : « elle nous avait bien expliqué qu'à chaque repas il fallait telle et telle chose, etc. »*

*P6 : « j'essaie de respecter... [...], comme elle dit, il faut des légumes... [...] le pain... des féculents, un petit fromage et un dessert. »*

### 4.3. Volonté de modifier certaines habitudes alimentaires

#### 4.3.1. « Faire attention » à équilibrer

Penser à équilibrer les menus était gardé à l'esprit des patients ayant participé aux RD.

*P12 : « on fait beaucoup plus attention à l'équilibre des menus »*

*P4 : « où vraiment je fais un petit peu plus attention, c'est d'avoir le repas vraiment équilibré donc à chaque repas. »*

#### 4.3.2. « Faire attention » aux quantités

Les patients sensibilisés au contrôle de la quantité tentaient de l'appliquer dans leur quotidien.

*P2 : « démarré ce programme diabète, bah autant en profiter pour... pas faire un régime - j'en fais pas de régime vraiment- on s'autogère en se disant oh bah non j'en prends pas deux fois »*

*P1 : « Manger moins en quantité : maintenant je prends une petite assiette pour manger [...] quand on mange moins on est quand même mieux que quand on mange beaucoup. »*

#### 4.3.3. « Faire attention » à la qualité : la façon de cuisiner

Les patients intégraient les conseils pour une cuisine moins riche et essayaient de les appliquer.

*P3 : « il y a plusieurs choses à modifier : il y a la quantité, il y a aussi la nature des produits, la façon de faire la cuisine »*

*P8 : « je cuisinai beaucoup au beurre... je l'ai supprimé. Je ne cuisine plus qu'à l'huile d'olive. La salade, je la fait avec les quatre huiles »*

### 4.4. L'équilibre alimentaire en pratique : parfois une contrainte

#### 4.4.1. Restrictions

Une démarche diététique trop stricte conduisait certains patients à des comportements privés.

*P1 : « on se dit mince faut pas que mange. [...] j'ai eu faim, j'ai dit je ne mangerai pas plus »*

*P7 : « Le temps que j'étais dans le truc du diabète, j'étais à fond quoi ! Je ne mangeais plus rien, je faisais très attention. »*

Les suggestions de menus créaient des réticences car trop éloignées des pratiques du patient.

*P2 : « on nous propose par exemple comme menu, et houlà, moi je dis que je suis pas du tout dans ce créneau-là, donc je le ressens comme une interdiction entre parenthèse, je devrai manger que cinquante grammes et j'en mange carrément quatre cent... »*

#### 4.4.2. Difficulté à changer ses habitudes

Au quotidien, les patients évoquaient des difficultés à modifier leurs habitudes alimentaires.

*P1 : « On essaie de bien faire mais c'est pas toujours facile. »*

*P3 : « on a une culture, une habitude qui est très très difficile : je pense par exemple à la fameuse différence entre la cuisine à l'huile d'olive et la cuisine au beurre »*

*P12 : « C'est vrai que c'est un combat de tous les jours. »*

#### 4.4.3. Contre-nature

La mise en pratique de l'équilibre alimentaire forçait certains patients à aller contre leurs goûts.

*P11 : « ce que j'ai du mal à faire, c'est dans la même assiette, avoir les féculents, les légumes verts [...] Ou moi je suis féculent : c'est féculent, ou légumes verts : légumes verts. »*

D'autres exprimaient clairement qu'il n'était pas envisageable de tout alléger.

*P2 : « Manger de la verdure sans assaisonnement, ce n'est pas... c'est pareil, manger des fraises... sans sucre, c'est pas notre truc... »*

#### 4.4.4. En famille

Lorsque le conjoint n'était concerné, le patient éprouvait une difficulté voire une culpabilité à mettre en pratique les conseils diététiques.

*P11 : « les appliquer c'est plus difficile [...] j'ai un mari qui est gourmand [...] il y a des petites choses que je ne fais pas, parce que je me dis, par rapport à son goût, ça ne passera pas »*

### 4.5. Acquisitions de compétences d'adaptation

#### 4.5.1. Analyse des informations reçues et capacité à se les approprier ou non

Les patients avaient eu accès aux concepts diététiques, il leur appartenait ensuite de décider comment les adapter à eux-mêmes.

*P1 : « maintenant je commence déjà à bien équilibrer mon alimentation, c'est vrai que vous nous aidez bien quand on va en réunion et tout ça à faire tout ce travail en fin de compte. »*

*P2 : « je me suis quand même analysé [...] par rapport à ce qu'on nous dit, par rapport à ce que devrait être l'idéal, bah j'en suis loin... donc maintenant à moi de voir... »*

*P3 : « c'est ridicule d'abandonner complètement ses habitudes, car on y revient sournoisement, pour une raison ou pour une autre : faut essayer petit à petit de modifier »*

#### 4.5.2. Stratégies alimentaires du quotidien

Les patients trouvaient des astuces pour améliorer leur manière de manger.

*P7 : « je cuisinai beaucoup au beurre, bon bah maintenant c'est l'huile d'olive, c'est au court-bouillon [...] puis j'assaisonne différemment : on met des épices... qu'avant c'était plus poivre sel, des sauces des fois... »*

*P12 : « L'AMAP<sup>5</sup>, c'est les paniers, vous savez, de légumes... ça permet d'avoir un apport en légumes constamment. [...] j'essaie aussi d'avoir des petites conserves de légumes, [...] toutes prêtes, comme ça, le midi, quand je n'ai pas le temps, j'ouvre la boîte et puis c'est prêt. »*

#### 4.5.3. Gestion des écarts

Les patients apprenaient à accepter les écarts alimentaires et à les gérer en les anticipant.

---

<sup>5</sup> AMAP : Associations pour le maintien d'une agriculture paysanne

*P7 : « je fais attention quand il y a des gâteaux apéritifs, des choses comme ça, et puis bah le lendemain je fais encore plus attention chez moi. »*

*P1 : « dimanche [...] je vais faire un gâteau sûrement et je vais en manger un petit bout quand même [...] : autrement j'ai l'impression que si on se fait pas plaisir ça sera encore pire après »*

#### 4.5.4. Implication du conjoint

Le conjoint était indispensable pour soutenir l'effort quotidien, en couple, de manger équilibré.

*P12 : « Depuis que ma femme est venue, encore plus. Il fallait faire attention à équilibrer les menus, [...] mais on fait beaucoup plus attention à l'équilibre des menus. »*

*P7 : « on fait attention à ce qu'on fait à manger... avant on cuisinait ce qui nous faisait envie, maintenant on cuisine différemment... et il fait très attention aussi. »*

### 4.6. Apport psycho-social

#### 4.6.1. Echanges en groupe

Le groupe permettait d'échanger des idées et des points de vue entre patients.

*P1 : « je vous dis aussi d'être en contact aussi avec les autres [...], nous on se dit faudrait peut-être améliorer les choses car il y a une personne qui fait ça et une autre qui fait autre chose »*

*P11 : « chacun donne son point de vue. Les améliorations qu'on pourrait avoir... Ce qu'on ne doit pas faire... ce qu'on peut faire... »*

#### 4.6.2. Soutien et réconfort entre diabétiques

Echanger en groupe permettait aux patients de se sentir moins isolés, de comparer comment les autres faisaient avec leur diabète.

*P7 : « on se dit qu'on est plus tout seul... voilà... c'est vrai que d'être en groupe ça aide... »*

*P9 : « parce qu'on connaît des personnes, on ne sait pas si elles sont diabétiques ou pas. Voir comment elles font... Pas beaucoup mieux que moi d'ailleurs ! (rires) »*

#### 4.6.3. Bénéfice ressenti en groupe

L'ambiance générale des RD était ressentie de manière positive par les participants.

*P12 : « Pour l'instant, c'est quand même super, c'est très convivial, c'est très constructif »*

*P7 : « j'aimais bien me retrouver avec tout le monde, [...] c'est un bon contact hein... »*

La richesse des échanges à plusieurs était importante et appréciée.

*P1 : « je trouve que en groupe c'est mieux que seule déjà, on voit du monde on peut parler on peut s'expliquer »*

*P11 : « Mais, on en ressort toujours plus enrichis parce qu'il y a toujours quand même des petits trucs [...] qui sont faits que nous on ne pense pas à faire et qu'on en tire des petits bénéfices quand même. Et ça, pour moi, c'est un petit peu important. »*

#### 4.6.4. Aspect occupationnel

Participer aux RD permettait de rompre la monotonie du quotidien et de faire des rencontres.

*P10 : « je me disais je vais rencontrer des personnes, on va pouvoir discuter et tout. Bon, c'est important. [...] c'est très bien, parce qu'en même temps moi, ça me fait sortir un petit peu »*

*P7 : « moi je sors pas beaucoup j'aime bien être chez moi, [...] Alors là de sortir comme ça »*

#### 4.7. Sentiment ambigu

Un patient considérait que les RD n'avaient pas eu d'incidence sur ses habitudes alimentaires mais convenait d'une prise de conscience sur la notion de quantité et de qualité.

*P2 : « J.L. :-Qu'est-ce que ça a modifié dans vos habitudes de vie [...] ? P2 :-Rien, si ce n'est que les valeurs quantitatives, peut être aussi qualitatives, parce que bon, quelques fois on mangeait sans doute un peu trop riche »*

Un patient estimait connaître les notions abordées en RD mais avait surtout des difficultés à les appliquer.

*P3 : « les diététiciennes m'ont demandé là, récemment, ce que j'avais appris... Rien... Je n'ai rien appris. [...] Parce que quand on se connaît et qu'on doit faire attention depuis longtemps, on sait tout. [...] pour la diététique proprement dite, heu, la cuisine au beurre, les graisses, les trucs... on sait tout ça... par contre on ne le fait pas forcément »*

### 5. Impact des séances d'activité physique

#### 5.1. Participation des patients

##### 5.1.1. Activité proposée par le D49

Les adhérents pouvaient participer aux séances d'activité physique organisées près de chez eux.

*P2 : « ça a débouché [...] à de la rééducation physique. [...] Diabète 49 prend en charge [...] une rééducation pour apprendre des mouvements, respirer mieux [...] se bouger quoi »*

*P4 : « on avait droit à un trimestre de découverte »*

*P9 : « après je suis allée aux réunions de ... comment ça s'appelle... de gymnastique. »*

##### 5.1.2. Envie de découvrir

Les patients étaient curieux de découvrir le nouveau concept d'activité physique.

*P4 : « Par contre, ce que j'ai découvert, c'est ... le sport ! [...] je me suis dit « bon », comme je suis assez curieuse et que j'aime bien... »*

*P5 : « j'ai dit, bon tiens, de la gymnastique, ce serait peut-être une autre chose. Et puis, c'est vrai que je me suis dit, de la gymnastique, je n'en ai pas, de club du 3<sup>e</sup> âge ici »*

##### 5.1.3. Pour reprendre une activité physique

Renouer avec une forme d'activité physique était une motivation à y participer.

*P12 : « bah là, déjà avec le poids, je ne peux pas faire n'importe quoi. Mais j'aimerais bien... »*

*P8 : « Il y a beaucoup de choses que je voudrais changer [...] je vais essayer de faire la gymnastique »*

#### 5.1.4. Pour aider au contrôle du diabète

Pratiquer une activité physique était aussi un moyen de contrôler l'hyperglycémie.

*P11 : « de toute façon, c'est vrai que l'activité physique, il n'y a que ça : si on veut vraiment rentrer... disons que ça fait bien baisser le sucre quand même ! »*

### 5.2. Non-participation de certains patients

#### 5.2.1. Contraintes de lieu et de temps

Une Noyantaise regrettait que les séances n'aient lieu que sur la ville de Baugé. Les horaires matinaux proposés étaient un frein à la participation des patients actifs ou habitant plus loin.

*P1 : « par contre c'est le sport c'est à Baugé, mais bon j'y vais pas...[...] C'est pas très pratique... les horaires...[...] Ça aurait été à Noyant j'aurai peut-être fait... »*

*P12 : « puis la gymnastique c'est le matin, où ... moi je travaille, donc ce n'est pas possible. Mais, la marche nordique c'était en soirée, mais la première, je n'ai pas pu la faire... »*

#### 5.2.2. Problèmes de santé

Certains patients se restreignaient l'accès aux séances de gym ou de marche nordique, les douleurs limitant leur mobilité.

*P1 : « ça me bloque le sport me bloque. J'aime bien faire de la marche mais j'ai mal partout je suis bourrée d'arthrose »*

*P6 : « je ne marche pas tellement... [...] je ne me voyais pas aller faire le tour du Lac de Baugé, en marche nordique...Il aurait fallu qu'ils m'attendent ! »*

#### 5.2.3. Pratique d'un autre sport en dehors

Certains patients ne ressentaient pas le besoin de participer aux séances de sport du RD 49 ou de les poursuivre. La pratique d'une activité physique autre leur suffisait.

*P10 : « Non, non, moi, je le fais toute seule. »*

*P9 : « puis, bah après, j'ai arrêté là, parce que j'avais des séances d'aquagym le mercredi soir, et comme les séances de gym, étaient le jeudi matin, ça me faisait trop, moi. »*

### 5.3. Accès à une activité physique « adaptée »

#### 5.3.1. Prise de conscience

Les patients se rendaient compte du bienfait de la reprise d'une activité physique.

*P3 : « la seule chose que j'ai vu, maintenant que j'ai le temps, qui permet ça, c'est la marche. On nous serine les oreilles avec ça, avec les bienfaits de la marche et tout mais c'est vrai ! »*

*P5 : « je trouve que c'est bien de nous avoir fait de la gym »*

### 5.3.2. Apprentissage de bons mouvements

L'encadrement par une méthode d'activité physique adaptée était rassurant.

*P5 : « Alors je me suis dit, au moins là, c'est quand même une personne qui s'occupe pas mal des malades, des choses comme ça, qui va dans les maisons de retraite aussi, j'ai dit au moins, elle sera plus apte si c'est bon ou pas, si je n'arrive pas à faire des mouvements, pourquoi »*

Les mouvements appris et acquis étaient reproductibles ensuite chez soi.

*P3 : « l'activité qu'on fait là, ça c'est génial, parce que j'ai appris à faire de l'échauffement. [...] je fais mes petits échauffements avant de faire un gros effort. »*

### 5.3.3. Programme accessible

Les exercices effectués étaient adaptés en fonction des possibilités de chacun.

*P3 : « la première séance qu'on a faite avec Diabète 49, c'était [...] un programme adapté pour le diabète, qui est progressif »*

*P7 : « y'a pas de soucis, elle sait bien nous prendre, quand on est fatigué elle nous comprend, on n'a plus vingt ans non plus. Elle adapte ses séances à ce qu'on peut faire »*

### 5.3.4. En complément d'une autre activité

Les séances d'activité physique du D49 pouvaient compléter d'autres activités sportives.

*P11 : « moi, je fais de la country, de l'aquagym, de la gym avec le Diabète 49, et de la marche. »*

*P7 : « Le sport le jeudi et tous les deux on fait de la marche nordique »*

## 5.4. Apport psycho-social du groupe

### 5.4.1. Motivation entre diabétiques

La pratique du sport en groupe générait de la motivation.

*P7 : « être en groupe ça aide... vous savez ça fait comme pour le sport : du sport tout seul ça m'agace... en groupe y'a pas de soucis... »*

*P4 : « On a formé une petite équipe intéressante : on s'est vraiment bien motivé »*

### 5.4.2. Convivialité

L'ambiance conviviale du groupe d'activité physique permettait de joindre l'utile à l'agréable.

*P4 : « il y a toujours quelques-uns qui ont pas mal d'humeur, alors... qui transforment un peu les consignes... donc c'est des gros éclats de rire [...] Et même quand c'était « spécial diabète », on était dans l'activité physique... on oubliait »*

*P3 : « je ne sais pas si c'est valable dans tous les groupes qui sont formés, là, mais on est presque arrivés à l'affinité, en fait. C'est sympa. »*

### 5.4.3. Solidarité et empathie entre pairs

Un sentiment de solidarité se développait devant les difficultés de chacun.

*P2 : « y'a pas de compétition, et puis on est lié par la même chose, sans en parler toujours parce que ça sert à rien, mais par contre nous on se sent solidaires les uns les autres. »*

Entre diabétiques, il était plus facile de se confier et de parler des difficultés liées au diabète.

*P2 : « c'était aussi important de se retrouver aussi dans un groupe dans lequel bah on expose nos problèmes, on en parle, donc ça a changé aussi mon comportement un peu [...] il n'y a pas de comparaison entre les gens qui ont un petit peu, pas beaucoup, moyennement... »*

*P5 : « c'est toujours intéressant de savoir qu'on a d'autres personnes, si on a un souci, un doute, on peut en parler à quelqu'un, comme ça c'est bien. »*

## 5.5. Bénéfices ressentis à la participation régulière aux séances d'activité physique

### 5.5.1. Satisfaction inattendue

Le programme des séances d'activité physique adaptée avait un franc succès.

*P2 : « ça, ça nous a beaucoup plu. Et je vais vous dire pourquoi, au point qu'aujourd'hui nous avons, nous même, le groupe, on a demandé à notre ... prof d'EPS, de faire un groupe ensuite »*

*P5 : « de temps en temps, elle nous fait faire de la marche nordique [...] elle nous avait fait essayer ça, on a trouvé que c'était bien. »*

### 5.5.2. Forme d'ETP concrète

L'activité physique adaptée était vécue comme une forme concrète d'ETP en complément des notions diététiques, permettant une meilleure persévérance sur le long terme.

*P3 : « Par contre ! Alors c'est pour ça que la gym c'est génial, c'est une des rares façons à continuer d'entretenir tout ça, car quand on retourne à la gym, on repense au reste ! Autrement dit, il faut quelque chose de concret, ou d'actif. »*

### 5.5.3. Envie de continuer dans le temps

Les patients étaient motivés pour continuer les séances de gym après le cycle de découverte.

*P2 : « on va même essayer d'ailleurs que ça perdure dans le temps. Bon là, ce n'est plus pris en charge par Diabète 49, c'est à notre charge, ça reste toutefois très intéressant »*

## 5.6. Initiative locale de poursuivre le groupe de sport

### 5.6.1. Volonté propre des patients à perpétuer les séances d'activité physique

Les patients, décidés à poursuivre leur groupe de sport, avaient fait des démarches pour que les séances perdurent.

*P3 : « on a formé une petite équipe sympa, et quand le programme a été terminé, c'est nous qui avons demandé à continuer. Donc elle a formé un groupe hors Diabète 49. »*

*P11 : « on a même continué parce qu'on s'est dit, si on arrête, vous savez ce que c'est, chacun rentre chez soi et puis... donc, on fait ça tous ensemble le jeudi matin. »*

### 5.6.2. Prise en main par les patients et adaptation du projet local

Les patients avaient demandé une licence sportive locale pour que le groupe puisse se poursuivre avec la même animatrice.

*P2 : « à la fin des réunions, si vous voulez, on s'est dit : « bon bah c'est fini la semaine prochaine », on s'est regardé, et la continuité ? Est-ce qu'il y a une continuité ? Bah la prof a répondu que ça s'arrêtait là... à moins que le groupe souhaite continuer. Et à l'unanimité, tout le monde a dit oui. [...] vu l'importance du groupe, ça pouvait être intéressant, de refaire un groupe à nouveau pour repartir, de demander une salle et de demander une licence »*

### 5.6.3. Sentiment de fierté

Les patients éprouvaient une certaine fierté dans leur démarche d'avoir réussi à perpétuer le projet initié par le D49.

*P2 : « maintenant on est devenu ... les gens qui vont assumer la continuité du groupe diabète 49, qui fait qu'on a repiqué jusqu'à la fin de l'année.... »*

### 5.6.4. Ouverture du groupe aux conjoints

Les conjoints des patients pouvaient intégrer le nouveau groupe de sport local.

*P11 : « moi j'ai fait venir mon conjoint... et puis une dame elle a fait venir son conjoint aussi »*

*P4 : « notre petit groupe, donc a invité le conjoint, ou des amis, donc maintenant il n'y a pas que des diabétiques... Et c'est très sympa. »*

### 5.6.5. Volonté d'agrandir le groupe aux prochains participants du réseau

Le nouveau groupe espérait pouvoir accueillir les prochains diabétiques qui auraient eux-aussi participé aux cycles suivants de découverte proposés par le D49.

*P11 : « Puis, on espère que l'année prochaine ceux qui ont fait cette année, et bien ils viendront avec nous et puis que ça continue comme ça... Parce que c'est le but du jeu un petit peu...[...] c'est que le groupe il s'agrandisse et qu'on se soutienne tous ensemble quoi ! »*

## 6. Forces de l'ETP en proximité

### 6.1. Apport du D49 en ambulatoire

#### 6.1.1. Accès à la découverte de l'ETP

Plusieurs diabétiques découvraient pour la première fois la notion d'éducation thérapeutique soit sous forme de réunions diététiques soit sous forme de séances de sport adapté.

*P10 : « J.L :-Vous aviez jamais participé à des réunions diététiques avant ? P10 :-Heu, non, jamais, c'était la première fois. »*

*P1 : « ça m'a apporté beaucoup de chose, [...] des choses que je savais pas que j'ai apprises »*

#### 6.1.2. Possibilité de comprendre la maladie diabétique

Les réunions d'ETP animées par les diabétologues du D49 permettaient aux patients d'acquérir des connaissances sur les mécanismes du diabète.

*P3 : « le diabète.... On sait tous ce que c'est, sans savoir ce que c'est. On sait le sucre, l'hépatite et tout ça, mais par contre, là le médecin a expliqué pourquoi le sucre n'était pas assimilé, ou ce qu'il fallait faire pour l'assimiler, ça c'est fabuleux. »*

*P4 : « « connaître le diabète, ses causes, ses traitements » [...] c'est vrai qu'on nous dit pas mal de choses »*

### 6.1.3. Sensibilisation à de nouveaux comportements

Les patients prenaient en considération les notions abordées en ETP. Elles avaient un impact dans leurs comportements quotidiens.

*P2 : « je fais quand même beaucoup plus attention à différentes choses, par le fait d'avoir été sensibilisé auprès de vos services, des réunions qu'il y a eu sur Baugé »*

*P3 : « ce que j'ai appris avec Diabète 49, c'est qu'il ne faut pas tomber dans le régime alimentaire privatif. »*

### 6.1.4. Accès privilégié aux praticiens

Les réunions sur le diabète, en proximité, permettaient aux patients de rencontrer un spécialiste du diabète avec qui échanger et poser des questions.

*P3 : « l'accès à [...] des praticiens... et ça c'est fabuleux parce que on ne frappe pas à la porte de quelqu'un comme ça en disant bah tiens, j'aimerais avoir des connaissances sur telle chose. Là, c'est eux qui viennent à nous. »*

### 6.1.5. Accès « à la carte »

Les patients avaient le choix des thèmes, dates et lieux et pouvaient s'organiser en fonction de leurs préférences et leurs disponibilités.

*P7 : « le Diabète 49 fait de la marche Nordique, [...] c'est le soir de 18 à 19h, il y a deux dates, en Mai je ne vais pas pouvoir, mais en Juin je crois que je vais y aller. »*

*P11 : « Une fois sur Angers, c'était juste pour les étiquettes. Après, j'ai tout fait à Baugé. »*

## 6.2. Promotion d'un lien social

### 6.2.1. Accès à une population variée

Les séances d'ETP s'adressaient à tout patient intéressé, ayant des connaissances ou non, et réunissaient des diabétiques de tout milieu.

*P3 : « au départ c'est un but de toucher tout le monde : c'est-à-dire qu'il y a quand même un public très divers dans la salle, il y a des gens qui, comme moi, par expérience, par aptitude personnelle, on comprend vite, et puis il y a bien des gens qui ne partent de rien »*

*P4 : « on est de milieux différents, c'est sûr, mais vraiment ça passe très bien, c'est détendu... »*

### 6.2.2. Rupture d'un certain isolement

L'ETP en groupe offrait l'occasion aux patients de se sentir moins seuls face à leur diabète.

*P9 : « je vais me retrouver toute seule, ça me fait un peu peur. Parce que c'est souvent là que je fais n'importe quoi, ça c'est sûr, et ça je ne voudrai pas. Donc, ça ça me rendrai service... »*

*P10 : « Ça fait du bien. Puis on voit d'autres personnes, on peut discuter. Moi, ça m'arrive quand on sort de réunion, on discute dehors, hein, à Baugé ! Oui, ça nous est arrivé de s'asseoir sur le truc à Baugé, et puis on discutait ! »*

*P5 : « on s'aperçoit qu'on n'est pas tout seul ! »*

### 6.2.3. Partage et échanges entre malades

Les notions apprises en réunions pouvaient être partagées entre diabétiques de la même famille.

*P7 : « quand je revenais du réseau diabète 49, je photocopiais tout ce que j'avais appris puis je leur filais mes papiers... Ah bah ça marche en famille... Et puis pour mon frère j'en ai fait autant. Ça peut que l'aider aussi. On s'entre-aide. »*

Il était important d'échanger entre malades diabétiques et de faire connaître les réunions d'ETP.

*P8 : « ça permet quand même d'échanger... d'être à plusieurs. [...] Il faut que tous ceux qui sont malades, qu'ils suivent... et quand il leur est proposé des trucs comme le Diabète 49, d'y aller. J'en connais d'autres d'en le coin, bah, je leur conseillerai d'y aller... »*

## 6.3. Approche dialectique

### 6.3.1. Prise de conscience en souplesse d'un effort sur le long terme

Les réunions d'ETP n'étaient pas vécues comme moralisatrices. Les patients utilisaient les notions abordées comme un support pour les aider à prendre soin de leur santé.

*P12 : « il n'y a pas le côté « mère-fouettarde » comme ma femme ! Ça c'est bien. Ma femme a adoré ça. C'est une prise de conscience mais sans avoir le côté « pénal », le côté punition, moralisateur. Ça c'est bien. »*

*P3 : « Ça c'est essentiel dans l'action du Diabète 49. De mettre ensemble des gens qui ont le même problème, et qui en parle, et qui au bout du compte, qui ont accès à une information, on n'est pas là pour vous juger ni vous punir, on est là pour vous aider à faire quelque chose pour que vous vous en sortiez vous-même. »*

### 6.3.2. Motivations en groupe

L'ETP en groupe favorisait l'intervention entre pairs malades.

*P2 : « RD49 insuffle une dynamique de groupe »*

*P8 : « Les réunions sont très bien. Parce qu'on apprend beaucoup de choses, on rencontre d'autres gens qui sont dans le même cas ! »*

*P10 : « Et puis il faut essayer d'encourager d'autres. »*

### 6.3.3. Perception positive de l'utilité des réunions d'ETP

Après la participation aux réunions d'ETP, les patients ressentaient un apport positif en termes d'acquisition de connaissances, d'intérêt ou de soutien dans la maladie.

*P2 : « je dirai que dans l'ensemble, toutes les réunions auxquelles je suis allé étaient porteuses de quelque chose de positif hein quand même. »*

*P1 : « Moi j'y vais. Je trouve que c'est bien, c'est intéressant. Là je pense que ça va être intéressant je suis contente d'y aller. »*

*P10 : « Non, continuez : ça fait du bien, ça rend service... Moi, je vous assure que quand on m'a annoncé que j'étais diabétique, je n'en revenais pas »*

#### 6.4. Autonomisation des patients

##### 6.4.1. Les patients : acteurs de leur santé

L'ETP permettait aux patients de concevoir eux-mêmes des moyens pour mettre en adéquation le contrôle du diabète et les nécessités de la vie quotidienne.

*P3 : « on est là pour vous aider à faire quelque chose pour que vous vous en sortiez vous-même. Je crois que c'est ça le phénomène. Par ce que si on impose, ça ne marche pas. »*

*P3 : « la diététicienne nous donne une quantité d'informations, après chacun picore ce qu'il a besoin, ce qu'il veut, ce qu'il retient ou pas. Moi je prends des notes pour m'y replonger de temps en temps, car on oublie très vite »*

*P10 : « Mais bon, si on veut arriver à quelque chose, moi, c'est ce que je dis : il faut se mettre de la bonne volonté, c'est tout. Bon, bah, là, comme pour les fruits... il va falloir que... hein ! »*

##### 6.4.2. Place importante du conjoint

L'accès de l'ETP aux conjoints permettait une stratégie motivationnelle de couple dans le contrôle alimentaire au quotidien.

*P2 : « ça a aussi sensibilisé ma femme parce que, ma femme m'aide un petit peu à me dire « attention, ça c'est très bon, ça ça l'est moins bien [...] ma femme et moi, c'est vrai que tous les deux on fait équipe »*

*P12 : « depuis qu'elle est venue à la dernière réunion, elle fait beaucoup plus attention elle aussi. [...] je pense qu'à toutes les réunions elle va venir avec moi. [...] ça permet de travailler ensemble dans le couple, tout ça... Les menus... on essaie déjà d'y réfléchir avant... »*

##### 6.4.3. Elaboration de projets individuels et collectifs

Les séances d'ETP sous forme de sport avait permis de créer un groupe local qui avait pris l'initiative de perdurer par la suite.

*P2 : « Le diabète 49 nous a donné la possibilité de former un groupe quelque part, gratuitement, et ça je trouve que c'est très bien, ça peut inciter aussi les gens »*

Les notions diététiques abordées en groupe avaient motivé certains patients à consulter une diététicienne libérale pour personnaliser les conseils.

*P9 : « c'est pour ça que je me suis inscrite au réseau, aussi, pour pouvoir essayer de mieux manger, et puis à partir de septembre, je vais voir une diététicienne. »*

*P12 : « Après, je pense que ça serait intéressant d'aller plus loin, en personnalisant. [...] si vous partez avec une diététicienne libérale, dans le cadre du diabète 49, là, vous allez personnaliser... je pense qu'il vaut mieux continuer à travailler là-dessus que continuer à faire du général avec d'autres personnes... de temps en temps, une fois par an, pour faire une pique, quelque chose comme ça... pour un sujet qui plait vraiment... »*

## 7. Limites et freins de l'ETP en proximité

### 7.1. Freins à l'observance sur le moyen et le long terme

#### 7.1.1. Reprises des mauvaises habitudes sans suivi

Les efforts, motivés par l'apprentissage de notions diététiques, pouvaient s'émoussés à moyen terme si les patients ne participaient plus aux réunions d'ETP.

*P3 : « j'ai eu l'accès à l'information, on m'a entraîné sur un terrain pour faire moi-même mes efforts, et si tout s'arrête, je pense qu'on retombera dans les travers, forcément... [...] tout autant que ça dure on est motivé, si on s'arrête on repart dans les travers, tôt ou tard. »*

#### 7.1.2. Les sollicitations extérieures

Les recommandations acquises en ETP étaient difficilement applicables quand les patients étaient invités à des repas conviviaux avec d'autres personnes.

*P3 : « les sollicitations extérieures, ça c'est horrible : parce que dès qu'on commence à aller chez quelqu'un ou dans un repas d'association, ou qu'on reçoit des amis, de la famille, on ne peut pas imposer à tout le monde ses problèmes »*

#### 7.1.3. Oubli des réunions

Un problème d'observance parmi les inscrits aux réunions d'ETP diététiques ou sportives était fréquent.

*P6 : « Ou ils oublient, parce que des fois, on les a attendu un moment avant de commencer la séance... Ou ça ne les intéresse pas... »*

*P9 : « Si elles ne sont pas intéressées, il ne faut pas s'inscrire... La dernière fois, qu'on a eu une séance ... de marche nordique, [...] on était sept inscrites... on était trois... Alors, si on s'inscrit, sans s'excuser ni rien du tout : elles ne viennent pas, sans s'excuser... »*

L'oubli de participer ou le manque d'intérêt pour les réunions étaient des raisons invoquées.

*P11 : « on peut oublier, moi, ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps, j'ai oublié... mais ça c'est de ma faute : je ne l'avais pas marqué, j'ai oublié... »*

Un patient avait observé le même phénomène en participant à un groupe d'ETP proposé par un autre organisme que le D49.

*P8 : « sur 14 qui étaient invités, on était que cinq. C'est ça qui est dommage, parce que les gens ne se sentent pas concernés... Et la dernière qu'on a eu, [le médecin] il avait invité des gens d'autres réunions qu'il avait fait avant : il en avait invité sept, il y a juste un couple qui est venu... Je trouve ça dommage »*

Une patiente proposait un moyen informatique de rappeler aux inscrits que la réunion approchait pour éviter d'oublier.

*P11 : « Je ne sais pas, il faudrait un système de rappel, ou je ne sais pas... quelque chose qui dise aux gens, bah vous êtes inscrits là, attention...[...] Ou par mail, tout simplement, parce que beaucoup de gens ont l'ordinateur maintenant... »*

#### 7.1.4. Périodes « à risque »

La pause estivale était une période délicate pour l'observance diététique et sportive par l'arrêt des différents cours associatifs.

*P11 : « souvent les associations ça repart au mois d'octobre, mais bon... C'est pour ça, là, il va falloir faire attention, parce que là, il y a trois mois où ... »*

Les moments de contrariété pouvaient décourager les patients dans leurs efforts.

*P3 : « il y a des moments... une petite contrariété ça suffit ! Si j'ai un souci avec mes enfants, si j'ai un truc qui ne va pas... on replonge là-dedans »*

#### 7.1.5. Implications inégales des praticiens

L'intérêt des médecins traitants pour la participation de leur patient aux réunions d'ETP était variable. Certains patients disaient ne jamais en parler avec leur médecin.

*P8 : « Non, non, il ne m'en a jamais parlé... [...] C'est-à-dire, il ne pousse pas assez... il ne développe pas assez la prise en charge du diabète... »*

*P1 : « Non on n'en n'a pas reparlé : des fois on discute mais des fois on n'a pas trop le temps. »*

Un autre patient s'étonnait que son diabétologue, exerçant en cabinet privé, ne fût pas en partenariat avec le D49 comme l'était son médecin traitant.

*P12 : « Moi je trouve que c'est un peu dommage, au niveau du réseau, c'est juste au niveau de la diabétologue : quand je lui en ai parlé, elle trouve ça bien, tout ça, mais elle se sent complètement exclue du système. »*

Une patiente, suivie à l'hôpital pour son diabète, avait entendu parler du D49 par une amie mais ni par son diabétologue ni par son médecin traitant.

*P5 : « Moi, je suis suivie par le Pr [...] à l'hôpital d'Angers. Mais, il ne m'en n'a jamais parlé. Et puis, mon médecin traitant non plus d'ailleurs. »*

Une patiente échangeait régulièrement avec son médecin généraliste sur les réunions du D49.

*P11 : « ça dépend : ça peut être elle, ou ça peut être moi... parce que quand je vais y aller, elle va me demander ce qu'on a fait au Diabète 49... par exemple, voyez, elle peut me le demander... et comme des fois, la dernière fois, je lui ai demandé... pour « la compréhension du diabète », je lui ai dit je vais y aller, et elle m'a dit c'est bien... »*

## 7.2. Limites de l'ETP sous forme de réunions diététiques

### 7.2.1. Fond répétitif

Les notions abordées au cours des RD étaient ressenties comme répétitives au bout de quelques séances.

*P7 : « Alors quand c'est tout nouveau bah oui on y va parce qu'on apprend mais après voilà ça tourne un petit peu en rond. »*

*P2 : « je vais pas vous dire que ça devient rengaine mais quand on sait ce qu'il faut faire »*

*P3 : « les réunions diététiques et tout ça, bah on a vite fait le tour, hein en fait. On y va une fois, deux fois, trois fois, pour avancer dans le sujet, mais après on revient forcément au début, on fait le tour »*

### 7.2.2. Acquisition de connaissances suffisantes en quelques séances

Au bout de deux ou trois RD, plusieurs patients estimaient avoir acquis assez de connaissances sur l'équilibre alimentaire et ne souhaitaient plus y assister.

*P9 : « Moi, j'avais eu les..., comment dire, ... les réponses aux questions que je me posais, donc, je n'allais pas assister à d'autres réunions ... »*

*P12 : « si vous faites les séances générales, on va dire, ce qui est fait en groupe : au bout de quatre séances, à mon avis, vous avez bien cerné les choses... Ramener de la nouveauté là-dessus, ce n'est pas simple, parce que vous avez besoin de personnaliser. »*

*P2 : « Alors si je n'y vais plu c'est parce que ... je ne vais pas vous dire que je connais tout, c'est pas le contenu, bon on a vu à peu près l'essentiel, dans ces deux voire trois réunions »*

### 7.2.3. Rythme des réunions

Des dates de réunion proposées en avance empêchaient certains patients de s'y inscrire pour des raisons d'emploi du temps ou par peur d'oublier.

*P11 : « comme le dernier... je me dis, est-ce que je vais être là ? Est-ce que je ne vais pas être là ? Alors, du coup on ne s'inscrit pas, parce qu'on ne sait pas... [...] les réunions sont longtemps à l'avance et ce n'est pas facile à gérer... »*

Participer à quelques réunions ponctuellement au rythme d'environ une par trimestre, ne semblait pas suffisant pour un suivi rigoureux.

*P12 : « si on fait par mois, on va dire quatre par an, on ne peut pas non plus avoir un suivi... »*

Les horaires de journée proposés pour les réunions limitaient la participation des diabétiques en activité professionnelle.

*P12 : « pour l'instant je n'ai pas réussi à aller à la marche nordique. Et puis la gymnastique c'est le matin, où ... moi je travaille, donc ce n'est pas possible. »*

### 7.2.4. Forme orale

L'échange verbal entre diététicienne et patients était privilégié pendant les RD, avec pour support un tableau noir. Ce qui convenait à certains patients.

*P8 : « celui qui veut, il peut écrire... Mais, moi, non, j'aime mieux écouter. Parce que si j'avais un support papier, on écoute mais on a tendance à lire... »*

D'autres patients auraient aimé repartir en fin de séance avec une trace écrite sous forme papier ou pouvoir consulter par voie informatique les notions abordées.

*P12 : « j'aimerais bien qu'il y ait des traces écrites. [...] Parce que là, il n'y a rien du tout. On repart sans rien, et un petit papier qui rappelle les grands trucs, les grands phénomènes, ou une feuille déjà avec peut-être des espaces, où on pourrait noter aussi des choses, avec une trame, déjà, où on pourrait rajouter. Déjà, on serait acteur un peu plus et puis, à la maison, quand on ne se souvient plus de quelque chose, on pourrait avoir des repères, ou sur un site internet, avoir des informations... des choses comme ça : développer. »*

*P10 : « s'il y avait un truc comme ça [fiche récapitulative], ça serait très bien, parce qu'on pourrait mieux réviser... on ferait comme à l'école »*

#### 7.2.5. Petit nombre de participants et « fausse » liste d'attente

Le faible nombre de participants à certaines réunions déclenchait un sentiment d'incompréhension pour les patients présents.

*P1 : « Mais je trouve qu'à Noyant y'a pas beaucoup de gens... je sais pas si y'a beaucoup de diabétiques à Noyant, [...] mais les gens ils ne viennent pas en réunion, on n'est pas tellement non plus je trouve que c'est pas normal... »*

*P11 : « le groupe en réalité, c'était assez restreint... je ne sais pas, c'était pas cinq-six qu'on est à chaque fois... c'est pas beaucoup... »*

Les places étant limitées, les patients étaient mis sur liste d'attente. Une inadéquation entre le nombre de patients inscrits et réellement présents existait, certains patients ne prévenant pas de leur absence.

*P5 : « elles étaient sur liste d'attente mais on les avait pas rappelées... et puis, en fin de compte, le soir on s'est retrouvées à trois, alors elles sont arrivées et on les a gardé et ça a fait la réunion. Mais je dis c'est dommage, parce que les gens, s'ils ne se décommandent pas, qu'on ne peut pas les remplacer »*

#### 7.2.6. Renouvellement des thèmes indispensables

Les patients étaient demandeurs de nouveaux thèmes pour les RD.

*P7 : « il faudrait que les sujets diffèrent, parce que comme moi comme j'ai fait sur Angers... »*

*P11 : « S'il y a des réunions différentes, j'irai, mais si c'est les mêmes je n'irai pas... [...] il faut vraiment quand même que ce soit quelque chose qu'on ne connaît pas... »*

*P12 : « Je me demandais si au niveau diététique ça n'allait pas vite tourner en rond : il faut refaire les thèmes donc... »*

### 7.3. Limites de la proximité

#### 7.3.1. Perte de l'anonymat

Les réunions d'ETP organisées près du lieu de travail ou du lieu de vie pouvaient être un frein à participer aux séances de groupe en proximité. Il y avait un risque de rencontrer des gens côtoyés par le travail, de devoir se dévoiler et dévoiler son diabète.

*P12 : « ce n'est pas évident ! Je veux dire, on a tous la même maladie, [...] bon on a une vie « publique » plus ou moins... donc c'est vrai qu'on est connu [...] le groupe ce n'est pas si simple que ça... Et j'y ai réfléchi, quoi. Quand j'y étais, je me suis dit... jusqu'où je peux aller ? Ou pas ? Est-ce que ça ne me gêne pas ? Après, je me suis dit, tant pis, [...] bon, ils sont tous avec la même maladie, mais c'est vrai que j'avais cette appréhension, là »*

#### 7.3.2. Souhait d'encore plus de proximité

Les Baugeois trouvaient Noyant trop loin et vice-versa. Beaucoup de patients n'étaient pas intéressés par les réunions organisées dans la ville d'à côté.

*P1 : « Mais c'est dommage [...] sur Noyant y'en a pas beaucoup, c'est plus aller à Baugé. »*

*P4 : « ce n'est pas parce que c'est trop loin, mais c'est vrai que ça m'embête de prendre la voiture et d'aller jusqu'à Noyant... »*

*P7 : « ça m'agace d'aller à Noyant... c'est à quoi... peut-être à un quart d'heure-vingt minutes... j'ai pas envie... »*

### 7.4. Limites de l'ETP en groupe

#### 7.4.1. La prise de parole

La prise de parole en groupe pouvait être un frein pour certains patients.

*P7 : « Prendre la parole devant tout le monde... maintenant c'est mieux mais au début c'est vrai que ça me gênait un peu... »*

#### 7.4.2. Appréhensions à se confier

Accepter de se confier à des inconnus était difficile pour les patients.

*P12 : « il y a quand même des appréhensions vis-à-vis de ça : de se dire, bon on va se confier quand même avec des gens... bon, on est tous avec la même maladie, mais bon, à des degrés plus ou moins, et heu...c'est pas facile ! »*

#### 7.4.3. Accepter d'entrer dans un système

Un déclic personnel était nécessaire pour accepter d'adhérer à des réunions d'ETP.

*P12 : « Après, aussi, j'étais dans une démarche où je voulais le faire. Je pense que ça serait arrivé il y a cinq ans, je ne l'aurai pas fait. »*

*P3 : « le fait d'entrer dans un système qui dit que vous êtes malade, il faut vous soigner... alors qu'on se sent bien portant »*

# DISCUSSION

---

## Intérêts et limites

L'originalité de ce travail était de donner la parole aux patients diabétiques vivant en milieu rural qui avaient décidé de participer à des réunions d'ETP car proposées près de chez eux. Cette étude a permis de s'intéresser à leur démarche, leurs attentes, leurs ressentis et d'exposer les arguments des patients pour continuer à promouvoir l'ETP en proximité et non plus seulement à l'hôpital ou dans les grandes villes.

Les données sont déclaratives et leur interprétation est source de biais. Il n'y a pas eu double codage mais les verbatim des résultats ont été relus conjointement avec le directeur de thèse. La qualité des interviews dépend de la maîtrise de la technique des entretiens par l'enquêteur. Or, l'étudiante était novice en matière de méthode qualitative. La réécoute et l'analyse des entretiens au fil de l'eau retrouvaient des relances trop rapides ou la non-exploration de thèmes abordés par le patient. Dans la population, la répartition des patients en terme de contrôle glycémique était représentative des résultats nationaux de l'étude Entred 2007 [22]. Par contre les hommes diabétiques étaient sous-représentés (30% au lieu d'un peu plus de 50% des DT2 en France [22]). Les retraités étaient surreprésentés : un seul actif et trois « jeunes retraités » de moins de 65 ans, ce qui s'explique par le fait que 40% des habitants de Baugé/ Noyant ont plus de 60 ans, et que l'âge moyen du diagnostic du diabète est de 65 ans [22]. L'échantillonnage était ciblé, diversifié, mais il aurait été intéressant d'inclure au moins un autre patient actif pour vraiment parler d'un échantillon en variation maximale. Malheureusement, la seule autre patiente active ayant participé aux RD présentait un syndrome métabolique sans diabète. Le recrutement de certains patients a peut-être été facilité par la présence de l'étudiante à certaines RD. Ils visualisaient la personne qui les contactait. Ce qui peut expliquer un seul refus de participation sur treize patients contactés.

## Les difficultés à vivre avec un diabète

Permettre aux patients d'exprimer leurs représentations sur l'origine de leur diabète est nécessaire pour comprendre leurs comportements de soin et leur adhésion aux traitements [23]. Ces représentations sont un mélange de savoirs scientifiques et de théories profanes, comme le diabète « hérité », lié au surpoids, lié au stress, au rythme professionnel... Parfois même, le diabète est vécu comme une punition liée aux abus tout au long de la vie. Le silence du diabète était une première difficulté. La maladie est sournoise, les patients exprimaient leurs difficultés

à se sentir « malades », se considérant en « pré-diabète » voire refusant de se définir comme « diabétiques ». Le diabète se révélait au patient essentiellement par les contraintes du traitement ou par la surveillance glycémique. L'enquête Diabasis [24] montrait que les patients s'estimaient en bonne santé tout en admettant que le diabète était une maladie grave. Une autre grande difficulté concernait le contrôle de l'alimentation (et indirectement du surpoids) : la gourmandise, le « bon appétit », les envies compulsives... et le constat de régimes privatifs infructueux. Enfin, prendre conscience de son diabète a des répercussions sur la vie quotidienne : il faut faire attention sans arrêt, chaque écart peut être culpabilisant, avec des peurs comme la perte de contrôle du diabète et la « menace » de l'insulinothérapie. Ces difficultés liées aux représentations, aux émotions, aux perceptions subjectives des risques, aux habitudes alimentaires, influencent les changements de comportement de chaque patient diabétique. C'est ce qu'aborde S Sultan dans sa revue de littérature de 2003 en tentant de comprendre les facteurs déclenchant les comportements de soins du « patient qui ne se sent pas malade » [23].

### L'impact positif de l'ETP en proximité

La facilité d'accès est un argument fort. Elle allège les contraintes de déplacement et de temps, encourageant même les plus sceptiques à venir tester une réunion. L'ETP en proximité favorise les rencontres locales en groupe de pairs. La convivialité, l'échange et la solidarité entre malades sont une source motivationnelle à participer plus régulièrement aux réunions. La thèse de L Schummer confirme ces résultats sur les nombreux avantages de l'ETP en groupe [25]. La plupart des patients de l'étude n'avaient jamais eu accès à une ETP ou à des notions diététiques. Ils étaient simplement curieux d'assister à des RD, pour voir en quoi cela consistait. D'autres étaient dans une démarche d'informations concrètes pour prendre soin de leur santé ou chercher du soutien, des astuces pour mieux vivre avec leur diabète au quotidien, rencontrer de manière privilégiée les spécialistes du diabète. Les RD et les séances d'exercice physique étaient globalement appréciées et leur proximité permettait de les poursuivre, notamment avec les conjoints. Cette proximité permettait ainsi de préserver la qualité de vie des patients, tous satisfaits de cette décentralisation. H Coppet, dans sa thèse, objectivait l'impact positif du programme d'ETP de proximité SUDD (Suivi des Diabétiques en Difficultés) dans la vie quotidienne des patients, et proposait de développer les interventions de proximité pour améliorer les programmes d'ETP en soins primaires [26].

L'ETP proposée en proximité répond au principe de développement défini par le rapport de Février 2008 de la HAS [27] et à un des critères de qualité de l'ETP à savoir « se construire avec le patient et impliquer autant que possible les proches du patient » [11].

### Les réunions diététiques (RD) : acquisition de compétences d'adaptation vis-à-vis de l'alimentation

Les patients étaient plutôt à la recherche d'un apprentissage concret utilisable dans leur vie quotidienne : comment « mieux manger », comment cuisiner autrement, des idées de menus, des astuces pour alléger les recettes... avec toujours en arrière-pensée d'arriver à contrôler son poids voire de maigrir. L'accès à ces connaissances (façon de manger, composition de l'alimentation, notion de sans-interdit, détection des erreurs alimentaires) a permis aux patients de développer des compétences d'autorégulation vis-à-vis de leurs habitudes alimentaires. Les conseils diététiques abordés de manière dialectique, c'est-à-dire en confrontant les points de vue pour se les approprier, permettaient aux patients de prendre conscience de certains excès, sans culpabilisation. Certains patients exprimaient des difficultés à appliquer les recommandations dans leur quotidien mais appréciaient d'avoir été sensibilisés et tentaient de changer petit à petit leurs habitudes. Les plus volontaires modifiaient de manière assidue leurs habitudes développant des stratégies alimentaires personnalisées. Les connaissances utiles réellement acquises sont difficiles à évaluer. Pourtant l'ETP sous forme de RD est un moteur de changement, elle sert de soutien et de motivation aux patients qu'ils soient nouveaux diabétiques ou plus anciens. Ils développent à leur rythme des compétences d'autogestion, d'auto-observation, de prises de décision [28] [29]. Ils deviennent alors acteurs de leur santé et peuvent initier des changements de comportement vis-à-vis de l'alimentation. Ces résultats rejoignent le travail de L Schummer, sur les difficultés des patients à suivre les règles hygiéno-diététiques mais que le désir de changer est favorisé par un environnement propice (entourage, autres patients, soignants) et le bénéfice psychique est source de motivation au changement [25]. A Moreau, dans sa revue de littérature, montrait que les interventions éducatives permettaient des changements comportementaux sur le plan diététique (moins de consommation de graisses saturées et plus de fruits, de légumes et de glucides), et amélioraient l'acquisition de connaissances et la qualité de vie au moins à court terme [30].

### Succès et perpétuation de l'activité physique (AP) en proximité : une forme d'ETP à développer pour améliorer l'observance

L'exercice physique est un des deux facteurs principaux (avec le régime alimentaire) identifié comme ayant une action déterminante sur la glycémie et l'état de santé à long terme [23]. Bien

que dans la récente étude Look –AHEAD [31] il n’y ait pas de preuve de réduction de la morbi-mortalité cardio-vasculaire, l’AP semble apporter des bénéfices psychiques (qualité de vie, estime de soi et confiance en soi, restauration du lien social) [32]. Pourtant, l’enquête réalisée par C Perrin montrait que seul un réseau diabète sur deux proposait des séances pratiques d’AP [33]. Dans notre étude, le D49 proposait un cycle de séances pratiques par trimestre. Par curiosité, par facilité d’accès, plusieurs patients ont franchis le pas d’essayer ces séances de sport collectives. Pourtant en milieu rural, avec la culture du jardinage et du bricolage, il est plus difficile de convaincre les patients des bienfaits d’une AP adaptée. Tous les patients ont témoigné d’une satisfaction inattendue. Ils ont pu retrouver l’envie de pratiquer une AP, dans une dynamique de groupe conviviale et solidaire. Si bien qu’à la fin du cycle de découverte, ces patients ont pris l’initiative de créer leur groupe de sport local, avec une volonté d’accueillir les conjoints et les prochains diabétiques du réseau. Les patients semblaient apprécier cette forme d’ET qu’est l’AP en proximité, car elle les rend acteurs, comme l’a prouvé cette démarche de l’intégrer dans leur vie quotidienne. D’ailleurs, D Simon disait dans son livre que « *l’ET doit [...] rendre le patient capable de raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser ses propres projets de vie et d’utiliser au mieux les ressources du système de santé* » [34]. Le succès inattendu de l’AP et la volonté des patients à la perpétuer montrent qu’une « éducation pour la santé via l’AP » doit continuer à se développer [33]. Elle semble motiver une meilleure adhésion à moyen terme.

### Les limites de l’ETP exprimées par les patients

Des réticences existaient avant même d’intégrer un programme d’ETP. Elles sont propres à chaque patient et plus ou moins conscientes. Plusieurs patients avouaient un manque de compréhension sur l’intérêt, sur les bénéfices de l’ETP. Puis il faut accepter de se définir comme « diabétique » pour entrer dans « le système » de l’ETP, avoir ce déclic de s’investir pour sa santé, avoir une motivation suffisante pour faire la démarche d’y participer. Ce sont des processus difficiles. Le souhait du patient de changer est indispensable pour que l’ETP soit efficace. La thèse d’E Simon s’intéressait aux besoins de patients DT2 en termes d’ETP. Elle montrait qu’une simple présentation de la démarche ne les intéressait pas et qu’il fallait la leur faire expérimenter pour qu’ils adhèrent [35]. Nos résultats retrouvent aussi que les patients ne regrettaient pas d’avoir dépassé leurs a priori.

L’ETP en groupe constituait parfois un obstacle à la venue d’un patient par la crainte de prendre la parole devant les autres, de devoir se confier à des inconnus, de se révéler. La proximité impliquait le risque de perdre son anonymat, de dévoiler son diabète à des gens côtoyés au

quotidien. Etonnamment, les patients habitués au confort de la proximité rechignaient à se déplacer lorsque les séances d'ETP étaient prévues dans la ville voisine.

L'ETP sous forme de RD rencontrait le plus de limites sur le moyen terme. Bien que les thèmes proposés soient variés, les patients exprimaient un sentiment de « redite » au bout de quelques séances. Ils estimaient avoir acquis assez de connaissances sur l'équilibre alimentaire en deux ou trois réunions, ne ressentant plus le besoin de retourner aux RD dans l'immédiat. Certains patients reconnaissaient que le risque était de reprendre de mauvaises habitudes en arrêtant les RD. Le renouvellement des thèmes pouvait être une motivation à revenir aux RD. D'autres envisageaient par la suite de consulter une diététicienne libérale pour personnaliser les conseils diététiques. Il y avait aussi un phénomène d'absentéisme important avec des patients qui faisaient la démarche de s'inscrire mais ne venaient pas le jour J, sans prévenir. Comme le nombre de places était limité, ces comportements aboutissaient à des RD avec parfois très peu de participants. Les patients exprimaient une forme de déception quand le groupe était réduit. Ils expliquaient les absences par oubli, par négligence des dates, parfois données plusieurs mois à l'avance, ils suggéraient de faire des rappels aux inscrits quelques jours avant par mail ou par téléphone. La forme orale des RD convenait à la plupart des patients, mais certains auraient aimé avoir accès en fin de séance à des supports d'information écrits ou pouvoir consulter sur internet les notions abordées avec la diététicienne.

Les freins exprimés par les patients sont à prendre en considération afin d'élaborer des pistes pour un meilleur développement de l'ETP de proximité.

L'IPCCEM évoque les principaux facteurs à l'origine de la non venue des patients à une séance d'ETP : manque de compréhension des finalités, la crainte de changer, le manque de conviction du soignant pour l'ETP, la distance géographique, le lieu, le décalage entre les rythmes patients/soignants... Différentes actions sont proposées pour limiter voire lever ces obstacles, comme « envisager des lieux de proximité avec des horaires adaptés », grâce aux réseaux [28].

### Rôle du médecin traitant (MT) : proposer l'ETP et solliciter le patient dans ses nouveaux acquis pour maintenir l'observance

Dans notre étude, c'est principalement le médecin traitant qui proposait l'éducation thérapeutique à son patient grâce au partenariat avec le D49. Les réseaux Diabète sont des structures éducatives souvent inconnues des patients. Le MT est donc un acteur important dans le développement de l'ETP et participe à augmenter l'accès aux patients qui en ont besoin.

Il a été constaté que les généralistes manquaient de formation dans la démarche éducative, manquaient de temps, de motivation [27] [36]. Les réseaux de santé prennent le relai mais notre

étude montrait que les patients partageaient très peu avec leur MT leurs expériences de RD ou d'AP. Pourtant les patients aimeraient pouvoir en discuter avec leur généraliste [28] [37]. Le MT doit savoir interroger le patient sur le déroulement des séances suivies, leur convivialité, s'il en a ressenti une utilité. En s'intéressant aux besoins de son patient, à ses difficultés, aux modifications de comportement, le MT peut l'encourager à les maintenir dans le temps. Si le patient n'est pas soutenu, sa motivation s'essouffle. L'ETP ne peut donc se développer sans s'appuyer sur des médecins généralistes sensibilisés aux mécanismes pédagogiques et psychologiques de l'ETP [38] [39] [40].

### Perspectives concernant l'ETP en ambulatoire

Le déploiement de l'ETP de proximité reste encore timide en France, peu intégrée dans la pratique médicale ambulatoire [39]. Ce travail montre que les interventions de proximité permettent à des patients très différents de découvrir puis de poursuivre des programmes d'ETP variés. En articulant les réseaux Diabète aux projets des MSPP qui se développent en territoire rural, l'ETP devient accessible à ceux qui en sont le plus éloignés et contribue à réduire les inégalités sociales de santé [9] [37]. Il faut cependant accepter l'évolution et les attentes des patients vis-à-vis de l'ETP : chaque patient n'a pas les mêmes besoins à un temps donné. A leur rythme, ils décident de devenir acteurs de leur santé. L'ETP en proximité doit leur donner les moyens d'accéder aux apprentissages et aux compétences d'autonomisation, de manière conviviale, en limitant les contraintes.

L'ETP doit aussi s'étendre progressivement aux patients avec un syndrome métabolique sans diabète afin de prévenir ou retarder l'apparition d'un diabète non insulino-dépendant [9] [23]. Il existe plusieurs sources d'ETP (régimes sociaux notamment) non coordonnées entre elles. L'ARS, responsable de la validité des programmes d'ETP, a un rôle à jouer dans l'harmonisation des offres sur un même territoire de santé [39] [41].

Des travaux de recherche sollicitant les points de vue des patients sur les freins à l'ETP permettraient de trouver des solutions pour améliorer l'observance sur le moyen et long terme et d'intégrer l'ETP durablement en médecine ambulatoire.

# CONCLUSION

---

Dans le contexte actuel de décentralisation des soins, l'originalité de ce travail était de donner la parole aux patients diabétiques vivant en milieu rural qui avaient décidé de participer à des réunions d'ETP car proposées près de chez eux. Cette étude a permis d'exposer les témoignages des patients pour continuer à promouvoir l'ETP en proximité et non plus seulement à l'hôpital ou dans les grandes villes. L'impact de l'ETP en proximité était positif sur de nombreux aspects. La facilité d'accès allégeait les contraintes de déplacement et de temps. Les interventions de proximité permettaient à des patients très différents de découvrir puis de poursuivre des programmes d'ETP. La proximité favorisait les rencontres locales en groupe de pairs. La convivialité et l'échange entre malades étaient une source motivationnelle à participer. L'ETP sous forme de RD apportait des notions et des astuces concrètes (façon de manger, de cuisiner, notion de sans-interdit, détection des erreurs alimentaires). Elle servait aussi de soutien aux nouveaux diabétiques comme aux plus anciens. Ils développaient à leur rythme des compétences d'autogestion, d'auto-observation, de prises de décision. Certains exprimaient des difficultés à appliquer les recommandations dans leur quotidien mais appréciaient d'avoir été sensibilisés et tentaient de changer petit à petit leurs habitudes. Les plus volontaires modifiaient de manière assidue leurs habitudes développant des stratégies alimentaires personnalisées. Concernant l'ETP sous forme d'AP adaptée, tous les patients ont témoigné d'une satisfaction inattendue. Ils retrouvaient l'envie de pratiquer une AP dans une dynamique de groupe conviviale et solidaire. L'initiative des patients à perpétuer cette AP, en créant leur propre groupe de sport, montre qu'une « éducation pour la santé via l'AP » doit continuer à se développer [33]. En articulant les réseaux diabète aux projets des MSPP développées en territoire rural, l'ETP devient accessible à ceux qui en sont le plus éloignés. Le médecin traitant est alors un acteur important car il propose l'ETP à son patient. Il doit aussi savoir interroger le patient sur le déroulement des séances suivies, leur convivialité, s'il en a ressenti une utilité. En s'intéressant à ses besoins, à ses difficultés, le médecin traitant peut l'encourager à maintenir dans le temps ses modifications de comportement. L'ETP doit donc se développer en s'appuyant sur des médecins généralistes sensibilisés aux mécanismes pédagogiques et psychologiques de l'ETP. Des freins à l'adhésion et à la participation ont été exprimés. Des travaux de recherche sollicitant les points de vue des patients sur ces freins permettraient de trouver des solutions pour améliorer l'observance sur le moyen et long terme et d'intégrer l'ETP durablement en médecine ambulatoire.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2014 ; (30-31) :493-9 [En ligne] [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014\\_30-31\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_1.html)
2. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. 2004. [En ligne] [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_french\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf)
3. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013. [En ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04\\_reco\\_diabete\\_type\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_reco_diabete_type_2.pdf)
4. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, 2002 -2005: résumé et actions. 13 août 2010. [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/programme-d-actions-de-prevention-et-de-prise-en-charge-du-diabete-de-type-2-2002-2005-resume-et-actions.html>
5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 84. [en ligne] <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879791>
6. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Article 44. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554#LEGIARTI000028393799>
7. ARS Pays de la Loire. Feuille de route 2013 Territoire de santé de Maine-et-Loire (49). Action 8 : Consolider l'offre de santé premier recours (PDSA, MSPP, CAPS, transports sanitaires). [en ligne] [http://ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_concertation\\_regionale/prs/feuilles\\_de\\_route\\_2013/Feuille\\_de\\_route\\_2013\\_Territoire\\_49.pdf](http://ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/feuilles_de_route_2013/Feuille_de_route_2013_Territoire_49.pdf)
8. Rapport Igas (Inspection générale des affaires sociales). RM2012-033P. Evaluation de la prise en charge du diabète. Avril 2012. Recommandations n°11, 13 et 16. [En ligne] [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P\\_Diabete\\_RAPPORT\\_TOME\\_I.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P_Diabete_RAPPORT_TOME_I.pdf)
9. Jacquat Denis, député de la Moselle. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne, juin 2010. Rapport au premier ministre. [En ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf)
10. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease., traduit en français en 1998. [En ligne] [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
11. Haute autorité de santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation. Juin 2007. [en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
12. Plan 2007-2011 Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007. Ministère de la Santé. [En ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf)
13. Code de la Santé Publique - Article L6323-3. Modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2. Inspiré de la Loi HPST n° 2009-879 de juillet 2009. [En ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000017744182&dateTexte=&categorieLien=cid>

14. Insee Pays de la Loire – Observation sociale des territoires de Maine et Loire – Février 2007. « Le Pays des Vallées d’Anjou » p37. [En ligne] [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier23/dossier23\\_ch10.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier23/dossier23_ch10.pdf)
15. Insee – Chiffres clés : Commune de Noyant (49490). 2011. [En ligne] <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=com-49228>
16. Insee – Chiffres clés : Commune de Baugé-en-Anjou (49150). Population légale 2012. [En ligne] <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/commune.asp?depcom=49018>
17. Chambre de Commerce et d’industrie du Maine et Loire. Le livret d’accueil du Pays des Vallées d’Anjou [Carte en ligne] <https://reseaulia.com/space/ct-vallees-anjou/content/9C49F0E4-E5B8-4DCE-A572-1B0CF8667188>
18. Communauté de communes du Canton de Noyant. Bulletin d’information intercommunal n°8 - Janvier 2014. [En ligne] <http://www.cc-canton-noyant.fr/mediatheque/documents/com-com-infos-n-8/com-com-8.pdf>
19. À Baugé-en-Anjou, une maison de santé pour vitaliser le territoire - Pays des Vallées d’Anjou. Site internet. 13 Octobre 2014. [En ligne] <http://www.paysdesvalleesdanjou.fr/actualites.html?idActu=13>
20. Rapport d’évaluation triennal 2008-2009-2010 du Réseau Diabète 49. Consultable sur demande au Diabète 49, Bâtiment IRSA, 2 rue Marcel Pajotin 49000 ANGERS.
21. OMS | Obésité et surpoids. Aide-mémoire n°311 [En ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
22. BEH. *Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d’importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007*. Numéro thématique. 10 novembre 2009 / no 42-43, p 450. [En ligne] [http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42\\_43/beh\\_42\\_43\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/42_43/beh_42_43_2009.pdf)
23. Sultan, S ; Hartmann-Heurtier, A ; Grimaldi, A. Comprendre les patients pour promouvoir l’autorégulation dans le diabète de type 2 : vivre avec une maladie qui commence avant son début. *Diabetes Metab* 2003,29, 3S21-3S30.
24. Virally, M ; Hochberg, G ; Eschwège, E ; Dejager, S ; Mosnier-Pudar, H ; Pexoto, O ; et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine des maladies Métaboliques*, Vol. 3, N°6, p 620-623, Décembre 2009.
25. Schummer, L. Impact de l’éducation thérapeutique sur le vécu et le ressenti du patient diabétique de type II : étude qualitative. 2013. Dijon. [Thèse de médecine].
26. Coppet, H. Évaluation de l’impact d’un programme d’éducation thérapeutique de proximité du point de vue de patients diabétiques de type 2. 2012. Nice. [Thèse de médecine].
27. HAS. L’éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. Rapport d’orientation. Synthèse. Février 2008. [En ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese\\_analyse\\_economique\\_et\\_organisationnelle\\_education\\_therapeutique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_analyse_economique_et_organisationnelle_education_therapeutique.pdf)
28. Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales (IPCEM) – Education thérapeutique du patient. Questions à propos de l’éducation thérapeutique. Mai 2013. [En ligne] <http://www.ipcem.org/ETP/PDF/etpQuesRep.pdf>

29. D'Ivernois, J-F ; Gagnayre, R et al. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2011; 3(2): S201-S205.
30. Moreau, A ; Supper, I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2. *Exercer* 2011;99:191-200 [En ligne] [http://www.exercer.fr/media/pdf/191-200\\_exercer99\\_moreau.pdf](http://www.exercer.fr/media/pdf/191-200_exercer99_moreau.pdf)
31. Wing, RR et al. Look AHEAD Research Group. Intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013 Dec 12;369(24):2358-9.
32. *Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Expertise collective*, Paris, ed. Inserm, 2008: 811 p.
33. Perrin, C ; Champely, S ; Chantelat, P ; Sandrin Berthon, B ; Mollet, E ; Tabard, N ; Tschudnowsky, M. « Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français », *Santé Publique* 3/2008 (Vol. 20) , p. 213-223 [En ligne] [www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-3-page-213.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-3-page-213.htm).
34. Simon, D ; Traynard, P-Y ; Bourdillon, F ; Gagnayre, R ; Grimaldi, A. *Éducation thérapeutique: Prévention et maladies chroniques*. Elsevier Masson; 2012. 332 p.
35. Simon, E. *Place de l'éducation thérapeutique face aux besoins des patients diabétiques de type 2: étude qualitative par entretiens semi-directifs*. 2012. Nantes. [Thèse de médecine]
36. Boust, E. *Éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 : pratiques, besoins et perspectives des médecins généralistes de la région Dieppoise, dans le contexte de création d'une antenne locale de l'association MAREDIA*. 2014. Rouen. [Thèse de médecine]
37. Fournier, C ; Attali, C. *Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale*. *Médecine*. 2012;8(3):123-128. doi:10.1684/med.2012.0813.
38. Haut conseil de la santé publique (HCSP). *Rapport. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. 2009. [En ligne] [http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20091112\\_edth-soppre.pdf](http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20091112_edth-soppre.pdf)
39. Académie Nationale de Médecine. *Résumé du rapport : L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine*. Décembre 2013. [En ligne] <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-3.pdf>
40. Grenier, B ; Bourdillon, F ; Gagnayre, R. « Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins », *Santé Publique* 4/2007 (Vol. 19) , p. 293-302 [En ligne] [www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-293.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-293.htm)
41. HAS. *Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation*. Mai 2014. [En ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation\\_quadriennale\\_v2\\_2014-06-17\\_16-38-45\\_49.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf)

Références non citées mais ayant contribué à la rédaction de la thèse :

Fournier, C ; Gautier, A ; Attali, C ; Bocquet-Chabert, A ; Mosnier-Pudar, H ; et. al. *Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques*, In: *pratiques éducatives des médecins, étude Entred*, France, 2007. *Bulletin épidémiologique*, Vol. 42 - 43, p. 460 - 464 (2009) hebdomadaire.

Vialettes, B. « Je sais bien, mais quand même... » Les échecs de la mise en pratique des messages de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète. *Médecine des maladies Métaboliques*, Vol. 3, N°4, p 416-421, Septembre 2009.

Varroud-Vial, M ; Olocco, M. *Les réseaux de santé Diabète : quel bilan ? quel avenir ? Médecine des maladies Métaboliques*, Vol. 1, N°2, p 75-79, Juin 2007.

## Table des Figures

---

**Figure 3:** Département du Maine et Loire : localisation des communes de Baugé et Noyant...12

**Figure 4 :** Logo de Diabète 49 .....12

## Table des Tableaux

---

**Tableau 4:** Participation sur Baugé/Noyant aux modules d'ETP 2013-2014 .....16

**Tableau 5:** Caractéristiques des patients de l'étude .....17

**Tableau 6:** Date d'adhésion, participations aux réunions diététiques et à l'activité physique (Mai 2013 à Juin 2014) .....17

# Table des matières

---

<b>Remerciements .....</b>	<b>7</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>8</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>CONTEXTE .....</b>	<b>11</b>
<b>I. Concept de l'Education Thérapeutique du Patient .....</b>	<b>11</b>
1. Définition .....	11
2. Développement de l'ETP en France.....	11
<b>II. Les Projets de Maisons de Santé Pluri-professionnelles.....</b>	<b>11</b>
1. Définition .....	11
2. Les MSPP de Baugé et Noyant .....	11
a. Situation géographique .....	11
b. La MSPP de Noyant.....	12
c. Le projet de MSPP de Baugé-en-Anjou .....	12
<b>III. Le réseau Diabète 49 : un réseau d'ETP en ambulatoire .....</b>	<b>12</b>
1. Présentation du Diabète 49.....	12
2. Modalités d'adhésion .....	13
3. Modules d'ETP proposés par Diabète 49.....	13
4. Mise en place sur Baugé et Noyant.....	13
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>14</b>
<b>I. Type d'étude.....</b>	<b>14</b>
<b>II. Sélection des patients .....</b>	<b>14</b>
<b>III. Déroulement des entretiens.....</b>	<b>14</b>
<b>IV. Matériel utilisé.....</b>	<b>14</b>
<b>V. Le déroulement de l'étude .....</b>	<b>15</b>
<b>VI. Analyse des données.....</b>	<b>15</b>
1. Retranscription des entretiens en Verbatim .....	15
2. L'analyse des entretiens .....	15
<b>VII. Avis du comité d'éthique .....</b>	<b>15</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>16</b>
<b>I. Caractéristiques des patients .....</b>	<b>16</b>
1. Adhérents au D49 depuis 2013 sur les communes de Baugé et Noyant .....	16
2. Description des patients interviewés .....	16
<b>II. Caractéristiques des entretiens .....</b>	<b>18</b>

<b>III. Résultats des entretiens .....</b>	<b>18</b>
1. Relation des diabétiques de type 2 avec leur diabète .....	18
1.1 Représentations de l'origine de la maladie.....	18
1.1.1. Un héritage familial ou inattendu.....	18
1.1.2. L'excès de poids.....	18
1.1.3. Le stress.....	18
1.1.4. Sanction liée au mode de vie (abus, profession, façon de cuisiner).....	18
1.2 Une maladie sans symptômes .....	19
1.2.1. Difficultés à se « sentir malade » .....	19
1.2.2. Maladie sournoise et dangereuse.....	19
1.2.3. Dénégation .....	19
1.3 Les traitements médicamenteux du diabète .....	20
1.3.1. Contrainte résignée.....	20
1.3.2. Repères dans la maladie silencieuse.....	20
1.3.3. Retentissement neutre voire positif mais aussi négatif .....	20
1.4 L'alimentation .....	21
1.4.1. Le problème de la gourmandise et de la perte de contrôle.....	21
1.4.2. Expériences personnelles de régimes .....	21
1.5 Répercussions sur la vie quotidienne .....	21
1.5.1. Un handicap social .....	21
1.5.2. Restrictions.....	22
1.5.3. Prise de conscience.....	22
2. Démarche d'adhésion à un réseau Diabète .....	22
2.1 Histoire de l'adhésion.....	22
2.1.1. Adhésion par le Médecin Traitant (MT) .....	22
2.1.2. Adhésion par bouche à oreille .....	23
2.1.3. Souvenirs « flous » de l'adhésion .....	23
2.2. Motivations des patients adhérents .....	23
2.2.1. Curiosité et nouveauté.....	23
2.2.2. Volonté de se renseigner et de se prendre en main .....	23
2.2.3. Pour leur MT .....	23
2.2.4. Pour l'accès aux séances de sport.....	24
2.3 Hésitations à adhérer .....	24
2.3.1. Idées reçues .....	24
2.3.2. Accepter d'être « diabétique » .....	24
2.3.3. Pas de regret à posteriori .....	24
2.4. Accès à d'autres organismes proposant un suivi diabétique .....	24

2.4.1. Sophia, MSA (Mutualité Sociale Agricole), RSI (Régime Social des Indépendants) ? .....	24
2.4.2. Vécu comme un doublon avec le D49.....	25
2.4.3. Vécu comme une complémentarité .....	25
2.4.4. Sentiment de méfiance .....	25
3. Intérêt d'une ETP de proximité.....	25
3.1. Freins liés à l'éloignement des patients du lieu des réunions .....	25
3.1.1 Ratio distance/temps de trajet/temps de la réunion.....	25
3.1.2. Contraintes de la voiture .....	25
3.1.3. Contrainte financière .....	26
3.1.4. Contrainte de santé .....	26
3.1.5. Un effort sur l'effort.....	26
3.2. Intérêt de la décentralisation des réunions d'ETP.....	26
3.2.1. Facilité d'accès .....	26
3.2.2. Motivation à la participation .....	27
3.2.3. Gain de temps.....	27
3.2.4. Reprise de la participation.....	27
3.2.5. Participation possible de l'entourage .....	27
3.3 Vécu de l'ETP de proximité.....	27
3.3.1. Satisfaction .....	27
3.3.2. Reconnaissance de l'effort fait par le D49 .....	28
3.3.3. Rencontres locales.....	28
4. Impact des réunions diététiques (RD) .....	28
4.1. Attentes des patients.....	28
4.1.1. Apprendre comment mieux manger.....	28
4.1.2. Recherches d'idées de recettes .....	28
4.1.3. Recherches d'astuces pour cuisiner autrement.....	29
4.1.4. Piqûre de rappel.....	29
4.1.5. Contrôle du poids .....	29
4.2. Acquisition de connaissances sur l'équilibre alimentaire .....	29
4.2.1. Prise de conscience de certaines « mauvaises habitudes ».....	29
4.2.2. Accès aux notions de diététiques .....	29
4.3. Volonté de modifier certaines habitudes alimentaires .....	30
4.3.1. « Faire attention » à équilibrer .....	30
4.3.2. « Faire attention » aux quantités.....	30
4.3.3. « Faire attention » à la qualité : la façon de cuisiner.....	30
4.4. L'équilibre alimentaire en pratique : parfois une contrainte .....	30

4.4.1. Restrictions .....	30
4.4.2. Difficulté à changer ses habitudes.....	30
4.4.3. Contre-nature.....	31
4.4.4. En famille .....	31
4.5. Acquisitions de compétences d'adaptation .....	31
4.5.1. Analyse des informations reçues et capacité à se les approprier ou non.....	31
4.5.2. Stratégies alimentaires du quotidien .....	31
4.5.3. Gestion des écarts.....	31
4.5.4. Implication du conjoint .....	32
4.6. Apport psycho-social.....	32
4.6.1. Echanges en groupe.....	32
4.6.2. Soutien et réconfort entre diabétiques .....	32
4.6.3. Bénéfice ressenti en groupe.....	32
4.6.4. Aspect occupationnel .....	32
4.7. Sentiment ambigu.....	33
5. Impact des séances d'activité physique.....	33
5.1. Participation des patients.....	33
5.1.1. Activité proposée par le D49.....	33
5.1.2. Envie de découvrir .....	33
5.1.3. Pour reprendre une activité physique .....	33
5.1.4. Pour aider au contrôle du diabète .....	34
5.2. Non-participation de certains patients.....	34
5.2.1. Contraintes de lieu et de temps.....	34
5.2.2. Problèmes de santé .....	34
5.2.3. Pratique d'un autre sport en dehors.....	34
5.3. Accès à une activité physique « adaptée » .....	34
5.3.1. Prise de conscience.....	34
5.3.2. Apprentissage de bons mouvements .....	35
5.3.3. Programme accessible .....	35
5.3.4. En complément d'une autre activité.....	35
5.4. Apport psycho-social du groupe .....	35
5.4.1. Motivation entre diabétiques .....	35
5.4.2. Convivialité .....	35
5.4.3. Solidarité et empathie entre pairs .....	35
5.5. Bénéfices ressentis à la participation régulière aux séances d'activité physique..	36
5.5.1. Satisfaction inattendue .....	36
5.5.2. Forme d'ETP concrète .....	36

5.5.3. Envie de continuer dans le temps .....	36
5.6. Initiative locale de poursuivre le groupe de sport .....	36
5.6.1. Volonté propre des patients à perpétuer les séances d'activité physique.....	36
5.6.2. Prise en main par les patients et adaptation du projet local .....	36
5.6.3. Sentiment de fierté .....	37
5.6.4. Ouverture du groupe aux conjoints .....	37
5.6.5. Volonté d'agrandir le groupe aux prochains participants du réseau .....	37
6. Forces de l'ETP en proximité.....	37
6.1. Apport du D49 en ambulatoire.....	37
6.1.1. Accès à la découverte de l'ETP.....	37
6.1.2. Possibilité de comprendre la maladie diabétique .....	37
6.1.3. Sensibilisation à de nouveaux comportements.....	38
6.1.4. Accès privilégié aux praticiens .....	38
6.1.5. Accès « à la carte ».....	38
6.2. Promotion d'un lien social .....	38
6.2.1. Accès à une population variée.....	38
6.2.2. Rupture d'un certain isolement .....	38
6.2.3. Partage et échanges entre malades .....	39
6.3. Approche dialectique.....	39
6.3.1. Prise de conscience en souplesse d'un effort sur le long terme .....	39
6.3.2. Motivations en groupe.....	39
6.3.3. Perception positive de l'utilité des réunions d'ETP .....	39
6.4. Autonomisation des patients .....	40
6.4.1. Les patients : acteurs de leur santé .....	40
6.4.2. Place importante du conjoint.....	40
6.4.3. Elaboration de projets individuels et collectifs .....	40
7. Limites et freins de l'ETP en proximité.....	41
7.1. Freins à l'observance sur le moyen et le long terme .....	41
7.1.1. Reprises des mauvaises habitudes sans suivi .....	41
7.1.2. Les sollicitations extérieures .....	41
7.1.3. Oubli des réunions.....	41
7.1.4. Périodes « à risque ».....	42
7.1.5. Implications inégales des praticiens .....	42
7.2. Limites de l'ETP sous forme de réunions diététiques.....	42
7.2.1. Fond répétitif .....	43
7.2.2. Acquisition de connaissances suffisantes en quelques séances.....	43
7.2.3. Rythme des réunions .....	43

7.2.4. Forme orale .....	43
7.2.5. Petit nombre de participants et « fausse » liste d'attente .....	44
7.2.6. Renouvellement des thèmes indispensables.....	44
7.3. Limites de la proximité .....	45
7.3.1. Perte de l'anonymat.....	45
7.3.2. Souhait d'encore plus de proximité.....	45
7.4. Limites de l'ETP en groupe .....	45
7.4.1. La prise de parole .....	45
7.4.2. Appréhensions à se confier .....	45
7.4.3. Accepter d'entrer dans un système.....	45
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>46</b>
Intérêts et limites .....	46
Les difficultés à vivre avec un diabète .....	46
L'impact positif de l'ETP en proximité .....	47
Les réunions diététiques (RD) : acquisition de compétences d'adaptation vis-à-vis de l'alimentation .....	48
Succès et perpétuation de l'activité physique (AP) en proximité : une forme d'ETP à développer pour améliorer l'observance .....	48
Les limites de l'ETP exprimées par les patients.....	49
Rôle du médecin traitant (MT) : proposer l'ETP et solliciter le patient dans ses nouveaux acquis pour maintenir l'observance.....	50
Perspectives concernant l'ETP en ambulatoire .....	51
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
<b>Table des Figures.....</b>	<b>56</b>
<b>Table des Tableaux.....</b>	<b>56</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe n°1 : Tableau descriptif de la population .....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe n°2 : Guide d'entretien.....</b>	<b>64</b>
<b>Annexe n°3 : Programme d'ETP proposé par le RD 49 (1<sup>er</sup> Trimestre 2014) sur le département .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe n°4 : Programme d'ETP proposé aux patients de Baugé et Noyant (4<sup>e</sup> Trimestre 2013) .....</b>	<b>66</b>
<b>Annexe n°5 : Extrait anonymisé d'un entretien (Verbatim) .....</b>	<b>67</b>
<b>Permis d'imprimer .....</b>	<b>69</b>

## ANNEXES

### Annexe n°1 : Tableau descriptif de la population

Entretien	Sexe	Age	Ville	Profession	Statut marital	Poids (kg)	Taille (cm)	IMC	Hba1c	Année de découverte du diabète	Traitement diabétique	Date adhésion réseau	Nombres de réunions diététiques	Participation activité physique	Date de l'entretien	Durée de l'entretien (minutes)
P1	F	68	NOYANT	RETRAITEE (Employée d'usine)	En couple	70	152	30,3	6,20%	2013	ADO	avr-13	3	NON	27/03/2014	46'
P2	H	65	BAUGE	RETRAITE (Bureau d'études)	En couple	88	163	33,1	6,60%	2012	Metformine	avr-13	2	OUI	28/03/2014	36'
P3	H	62	BAUGE	RETRAITE (Journaliste)	En couple	105	169	37	7,50%	2011	ADO	avr-13	4	OUI	03/04/2014	41'
P4	F	70	BAUGE	RETRAITEE (Prof de yoga)	En couple	58	155	24,1	7%	~1969	ADO	oct-09	3	OUI	03/04/2014	31'
P5	F	68	BAUGE	RETRAITEE (Social)	En couple	80	165	29,4	13%	1997	Insuline	juil-13	1	OUI	04/04/2014	35'
P6	F	75	NOYANT	RETRAITEE (Tertiaire)	En couple	92	154	37,9	9,60%	2011	ADO	avr-13	4	OUI	10/04/2014	27'
P7	F	58	BAUGE	RETRAITEE (Aide-soignante)	En couple	75	156	30,8	6,50%	2009	ADO	mars-09	2	OUI	17/04/2014	21'
P8	H	66	BAUGE	RETRAITE (Pépiniériste)	En couple	112	170	38,8	8,20%	2000	ADO (Essai thérapeutique)	avr-13	2	NON	01/07/2014	39'
P9	F	73	BAUGE	RETRAITEE (Femme au foyer)	Veuve	69	152	29,9	7,10%	~1980	Pompe insuline	mars-13	3	OUI	02/07/2014	24'
P10	F	66	NOYANT	RETRAITEE (Agriculture)	Séparée	70	149	31,5	7%	2011	Metformine	dec-12	3	NON	02/07/2014	30'
P11	F	69	BAUGE	RETRAITEE (Agent administratif)	En couple	79	164	29,4	7,30%	2001	Insuline	mars-13	3	OUI	02/07/2014	43'
P12	H	45	BAUGE	ACTIF (Boulangier)	En couple	132	178	41,7	6,10%	2007	ADO + Insuline	fev-14	2	NON	10/07/2014	39'

## Annexe n°2 : Guide d'entretien

### Présentation au patient :

- Jennifer LABOUE, interne en médecine générale
- Choix du sujet car l'éducation thérapeutique est placée au centre du dispositif national de prise en charge du diabète et qu'elle est proposée depuis 12 mois sur Baugé et Noyant via le RD49.
- L'objectif est d'analyser le vécu des patients diabétiques concernant l'éducation thérapeutique proposée en proximité.

### Contexte

- 1) Pouvez-vous me raconter comment vous avez adhéré au réseau Diabète 49 ?
- 2) Pour quelles raisons avez-vous décidé de participer à une réunion diététique en groupe ? (*perte de poids ? aide/soutien dans l'entreprise d'un régime ? difficulté à équilibrer le diabète ... ?*)
- 3) Qu'attendiez-vous de ces réunions ?
- 4) A combien de réunions avez-vous participé ?

### Participations aux réunions

- 5) Pouvez-vous me raconter comment se passe une réunion diététique à laquelle vous avez participé ? Et pour vous ?
- 6) En avez-vous retiré quelque chose ? (Relances : Qu'est-ce que ça vous a apporté ? Quel bénéfice en avez-vous retiré ?)
- 7) Avez-vous modifié certaines habitudes de vie ? Qu'avez-vous modifié dans votre alimentation ? (Relances : Quoi par exemple sur votre alimentation ? Quelles sont vos difficultés par rapport à l'alimentation ?)
- 8) Participer à ces réunions est-ce que vous pensez que ça contribue à l'équilibre de votre santé ?
- 9) En quoi ça a changé votre relation avec votre maladie ?

### Activité physique

- 10) En terme d'activité physique dans la semaine ? Avez-vous participé aux séances d'activité physique ? Pourquoi ?

### La proximité et l'organisation

- 11) Aviez-vous déjà participé à des séances proposées ailleurs qu'à Baugé/Noyant ?
- 12) Avez-vous entendu parler de Sophia ?
- 13) Que pensez-vous de l'organisation des réunions diététiques près de votre lieu d'habitation ? Concernant l'organisation qu'est-ce qui vous a convenu ? Et le fait de pouvoir être accompagné ?

### Impact plus large

- 14) Avoir participé à des réunions diététiques a-t'il modifié votre relation avec les autres soignants ? avec votre entourage ?

# Annexe n°3 : Programme d'ETP proposé par le RD 49 (1<sup>er</sup> Trimestre 2014) sur le département



## Calendrier des ateliers du 1er trimestre 2014



11 rue des Noyers  
49000 ANGERS  
Tel : 02 41 44 05 38

Madame, Monsieur,  
Voici votre programme des activités des mois de Janvier à Mars 2014. Découvrez-le vite !  
Vous pouvez choisir librement l'atelier quelle que soit la ville.

**Modalités d'inscription aux activités :**

- Dès qu'une activité vous intéresse, pensez à vous inscrire !
- Inscrivez-vous par téléphone (02 41 44 05 38), par mail ([reseau.diabete49@orange.fr](mailto:reseau.diabete49@orange.fr)).
- Pensez à prévenir si vous avez un empêchement, c'est important pour l'intervenant.
- Conservez ce programme pour consulter les activités tout au long du trimestre.

**ANGERS**

### RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES 11 rue des Noyers à Angers

Dates	Horaires	Thèmes
Lundi 6 Janvier	15h à 16h30	Comment alléger ses repas ?
Mercredi 8 Janvier	15h à 16h30	Quiz alimentation et diabète
Mardi 14 Janvier	10h à 11h30	Comment maigrir ?
Mercredi 15 Janvier	15h à 16h30	L'équilibre alimentaire
Vendredi 24 Janvier	15h à 16h30	Recettes simples et équilibrées
Mercredi 29 Janvier	15h à 16h30	Les graisses
Mardi 4 Février	10h à 11h30	Manger en ville
Vendredi 7 Février	15h à 16h30	Idées de repas du soir
Lundi 10 Février	15h à 16h30	Les sucres
Mercredi 12 Février	15h à 16h30	Comment alléger ses repas ?
Mardi 18 Février	10h à 11h30	Quiz alimentation et diabète
Mercredi 19 Février	15h à 16h30	Comment maigrir ?
Mardi 4 Mars	10h à 11h30	Les graisses
Mercredi 5 Mars	15h à 16h30	Recettes simples et équilibrées
Vendredi 7 Mars	15h à 16h30	L'équilibre alimentaire
Mercredi 19 Mars	15h à 16h30	Idées de repas du soir
Mardi 25 Mars	15h à 16h30	Manger en ville

### ATELIER CUISINE

Dates	Horaires	Lieu	3€
Judi 23 Janvier	14h30 à 16h30	Communiqué lors de l'inscription.	3€
Vendredi 14 Mars	14h30 à 16h30	Communiqué lors de l'inscription.	3€



### LECTURE DES ÉTIQUETTES EN SUPERMARCHÉ

Dates	Horaires	Lieu
Mercredi 5 Février	14h à 16h30	Communiqué lors de l'inscription.
Mercredi 26 Mars	14h à 16h30	Communiqué lors de l'inscription.



**ANGERS**

**COMPRÉHENSION DU DIABÈTE** : connaître le diabète et ses causes, échanger sur cette maladie.

Date	Horaires	Lieu
Mercredi 29 Janvier	18h à 19h30	11 rue des Noyers à Angers.

**TRAIITEMENTS DU DIABÈTE** : connaître les traitements du diabète de type 2.

Date	Horaires	Lieu
Mercredi 19 Mars	18h à 19h30	11 rue des Noyers à Angers.

**ACTIVITÉ PHYSIQUE** : il n'est pas nécessaire d'être sportif !

1ère séance de sensibilisation	Horaires	Lieu	Informations
Mardi 7 Janvier	13h45 à 15h15	11 rue Raspail à Angers	Cycle de 12 séances. Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples, une bouteille d'eau et une serviette.

**MARCHE NORDIQUE** (marche avec bâtons) : renforcement musculaire, amélioration des capacités cardio-vasculaires.

Dates	Horaires	Dates	Horaires	Lieu
Vendredi 17 Janvier	14h à 15h	Vendredi 28 Février	14h à 15h	Communiqué lors de l'inscription.
Vendredi 21 Janvier	14h à 15h	Vendredi 14 Mars	14h à 15h	Communiqué lors de l'inscription.
Vendredi 14 Février	14h à 15h	Vendredi 28 Mars	14h à 15h	Communiqué lors de l'inscription.

**GI GONG** : gymnastique douce qui aide à réguler l'appétit, diminuer la fatigue et améliorer le sommeil.

1ère séance	Horaires	Lieu	Informations
Mercredi 8 Janvier	10h à 11h	11 rue des Noyers à Angers	Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples.
Mercredi 8 Janvier	11h15 à 12h15	11 rue des Noyers à Angers	Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples.

**PRÉVENTION DU PIED DIABÉTIQUE** : apprenez à protéger vos pieds pour éviter les lésions causées par le diabète.

Date	Horaires	Lieu
Jeudi 20 Mars	14h à 15h30	11 rue des Noyers à Angers.

**GRUPE DE PAROLE** : échanges sur les difficultés qu'entraîne la maladie au quotidien.

Date 1ère séance	Horaires	Lieu	Informations
Mardi 7 Janvier	10h à 12h	11 rue des Noyers à Angers.	Cycle de 4 séances. Séances suivantes : Mardi 28 Janvier, Mardi 11 Février, Mardi 18 Mars.

Réseau Diabète 49 - 11 rue des Noyers - 49000 ANGERS - Tel : 02 41 44 05 38

**CHOLET**

### RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Dates	Horaires	Lieu	Thèmes
Lundi 20 Janvier	15h à 16h30	Salle de l'Espace Jeunes, 58 rue St Bonaventure (salle à droite de la sortie du parking) à Cholet.	Comment maigrir ?
Lundi 17 Février	15h à 16h30	Salle de l'Espace Jeunes, 58 rue St Bonaventure	Recettes simples et équilibrées
Lundi 17 Mars	15h à 16h30	Salle de l'Espace Jeunes, 58 rue St Bonaventure	De meilleures habitudes alimentaires.

### ACTIVITÉ PHYSIQUE

 : il n'est pas nécessaire d'être sportif !
 

1ère séance de sensibilisation	Horaires	Lieu	Informations
Mardi 7 Janvier	10h15 à 11h45	Locaux associatifs des Turbauillères, salle Belle Ile, rue d'Azay-Le-Rideau à Cholet	Cycle de 12 séances. Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples, une bouteille d'eau et une serviette.

**SAUMUR**

### RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Dates	Horaires	Lieu	Thèmes
Mardi 28 Janvier	10h à 11h30	salle n°3 située au niveau du Hall d'Accueil du Centre Hospitalier de Saumur	Quiz alimentation et diabète
Mardi 11 Février	10h à 11h30	salle n°1, Centre Hospitalier de Saumur	De meilleures habitudes alimentaires
Mardi 11 Mars	10h à 11h30	salle n°1, Centre Hospitalier de Saumur	Recettes simples et équilibrées

### ATELIER CUISINE

Dates	Ho-	Lieu	Information
Vendredi 17 Janvier	10h à 12h	Communiqué lors de l'inscription.	Participation : 3€.
Vendredi 7 Février	10h à 12h	Communiqué lors de l'inscription.	Participation : 3€.
Mercredi 26 Mars	10h à 12h	Communiqué lors de l'inscription.	Participation : 3€.

**GI GONG** : gymnastique douce qui aide à réguler l'appétit, diminuer la fatigue et améliorer le sommeil.

1ère séance	Horaires	Lieu	Informations
Lundi 6 Janvier	15h30 à 16h30	Communiqué lors de l'inscription.	Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples.

Réseau Diabète 49 - 11 rue des Noyers - 49000 ANGERS - Tel : 02 41 44 05 38

**BAUGÉ / NOYANT**

### RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Dates	Horaires	Lieu	Thèmes
Lundi 13 Janvier	15h à 16h30	Maison de Santé, allée des Charmes à Noyant.	Comment maigrir ?
Lundi 27 Janvier	15h à 16h30	Centre Culturel René d'Anjou, salle Chandelais, place Orgerie à Baugé.	De meilleures habitudes alimentaires
Lundi 3 Mars	15h à 16h30	Centre Culturel René d'Anjou, salle Chandelais, place Orgerie à Baugé.	Quiz alimentation et diabète

### ACTIVITÉ PHYSIQUE

 : il n'est pas nécessaire d'être sportif !
 

1ère séance de sensibilisation	Horaires	Lieu	Informations
Jeudi 23 Janvier	10h30 à 12h	Baugé : adresse communiquée lors de l'inscription.	Cycle de 12 séances d'activité physique adaptée. Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples, une bouteille d'eau et une serviette.

**LE LOUROUX-BÉCONNAIS / SEGRÉ**

### RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

Date	Horaires	Lieu	Thème
Lundi 3 Février	15h à 16h30	salle Jeanne Guillot, place de la Marie au Louroux-Béconnais.	Comment manger moins gras ?

### COMPRÉHENSION DU DIABÈTE ET DE SES TRAITEMENTS

 : connaître le diabète et ses causes, échanger sur cette maladie afin d'améliorer son état de santé.

Date	Horaires	Lieu
Mercredi 12 Février	18h à 19h30	salle Jeanne Guillot, place de la Marie au Louroux-Béconnais.

**ACTIVITÉ PHYSIQUE** : il n'est pas nécessaire d'être sportif !

1ère séance de sensibilisation	Horaires	Lieu	Informations
Jeudi 9 Janvier	10h à 11h30	Segré : adresse communiquée lors de l'inscription.	Cycle de 12 séances d'activité physique adaptée. Les dates de suivis sont communiquées lors de l'inscription. Prévoir des vêtements souples, une bouteille d'eau et une serviette.

Réseau Diabète 49 - 11 rue des Noyers - 49000 ANGERS - Tel : 02 41 44 05 38

# Annexe n°4 : Programme d'ETP proposé aux patients de Baugé et Noyant (4<sup>e</sup> Trimestre 2013)



## Calendrier des réunions d'éducation thérapeutique organisées par Diabète 49 à Baugé et Noyant

en partenariat avec l'Association Baugé Santé  
et la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Noyant



Septembre à Décembre 2013

Nous vous communiquons ci-dessous les dates des réunions organisées par le Réseau :

### RÉUNIONS DIÉTÉTIQUES

- Jeudi 19 Septembre - 18h à 19h30  
« Les astuces pour perdre du poids »  
Lieu : Baugé, Centre Culturel René d'Anjou, salle « Conférence », place Orgerie.
- Mercredi 2 Octobre - 15h à 16h30  
« Idées de recettes d'Automne »  
Lieu : Noyant, petite salle de la Maison des Services Publics, 1 rue de l'Anjou.  
-> stationnement autorisé « boulevard des Ecoles » et « rue de l'Anjou ».  
-> entrée par le portillon situé « boulevard des Ecoles » et par la porte d'entrée de la Maison des Services Publics.
- Jeudi 21 Novembre - 15h à 16h30  
« Idées de repas du soir »  
Lieu : Baugé, Centre Culturel René d'Anjou, salle « Conférence », place Orgerie.



### COMPRÉHENSION DU DIABÈTE ET DE SES TRAITEMENTS

- Jeudi 12 Septembre - 18h à 19h30  
Lieu : Noyant, petite salle de la Maison des Services Publics, 1 rue de l'Anjou.
- Jeudi 17 Octobre - 18h à 19h30  
Lieu : Baugé, Centre Culturel René d'Anjou, salle « Chandélais » (salle située à gauche de l'entrée),



### ACTIVITÉ PHYSIQUE

Cycle de 12 séances d'activité physique adaptée (gym douce). Le lieu et les dates de suivi sont communiqués lors de l'inscription.

1<sup>ère</sup> séance de sensibilisation :

- Jeudi 19 Septembre - 10h à 11h30

Lieu : Baugé

Prévoir des vêtements souples, une bouteille d'eau et une serviette.



### Comment participer ?

En vous inscrivant :

- soit par téléphone : 02 41 44 05 38 du Lundi au Vendredi de 9h à 17h30
- soit par mail : [reseaudiabete49@orange.fr](mailto:reseaudiabete49@orange.fr)

Vous avez la possibilité de bénéficier gratuitement tous les ans :

- de 2 consultations individuelles chez une diététicienne libérale,
- d'1 ou 2 consultations individuelles chez un podologue.

(listes disponibles sur simple demande au Réseau)

Réseau Diabète 49 - 11 rue des Noyers - 49000 Angers

Rapport-gratuit.com

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



## Annexe n°5 : Extrait anonymisé d'un entretien (Verbatim)

Entretien P3 (41min16s)

Réalisé le 03/04/2014 à son domicile

« J.L. :-Dites-moi....

**P3 :-Comment je suis rentré dans le diabète 49 ?**

J.L. :-Bah voilà, c'est exactement ma première question !

**P3 :-En fait, je suis suivi pour plein de pathologies alors que j'en ai aucune au stade de gravité. Parce que mon médecin traitant de Baugé à l'époque avait bien vu que j'avais un mode de vie et de travail qui me donnait tous les symptômes possibles des problèmes : le surpoids c'est pas nouveau, hein, je l'ai depuis très très longtemps... et donc on a commencé au niveau cardiovasculaire. Il m'a dit, faudrait voir un cardiologue... J'avais rien, hein, j'avais jamais eu aucun symptôme, angine de poitrine... rien ! Sauf que faut faire de la prévention. Donc je suis allé voir un cardiologue, à Angers, qui a réagi de la même façon : il m'a dit « vous avez rien mais vous avez toutes les aptitudes à avoir quelque chose ». Donc soit on attend qu'il y ait une alerte, et puis bah souvent c'est trop tard... soit on commence. Donc j'ai commencé le cycle là, et puis à partir du moment où on rentre dans le suivi cardiovasculaire, et bah il y a tout le reste qu'il faut suivre. Donc je prends plein de médicaments alors que je n'ai jamais rien eu. Alors à chaque fois que je rigole avec les praticiens, je leur dis « mais bon, c'est quand même incroyable, j'ai jamais rien et puis on me dit oui c'est peut-être parce que justement qu'on a prévenu, qu'il n'y a rien ». Alors le diabète, c'est le dernier truc en date. Un jour, un nouveau médecin traitant que j'ai à Baugé, me dit « vous avez fait des tests, des trucs ? » moi je dis « non, non, tout le reste, mais ça j'ai rien ». Donc il me dit qu'on va faire le bilan, puis bon, ça allait, mais j'étais à la limite du type 2, fallait faire gaffe, simplement par le régime alimentaire déjà, pour commencer. Bon, ça c'est le gros problème, les diététiciennes m'ont demandé là, récemment, ce que j'avais appris... Rien... Je n'ai rien appris. Parce que quand on se connaît et qu'on doit faire attention depuis longtemps, on sait tout. Sauf que, entre connaître et appliquer... Donc le médecin me dit un jour, là il y a le réseau diabète 49... qui crée un groupe sur Baugé, est-ce que ça vous dirait ? Bah je dis pourquoi pas... Il me dit pourquoi pas vous : vous**

avez toutes les aptitudes... Bon, c'est toujours le même cinéma. Et puis bon, ça m'ennuyait un petit peu quand même : c'était un peu la reconnaissance d'un stade... autant on admet certains efforts à faire pour pas avoir de soucis pulmonaire, cardiaque et tout ça... autant le diabète.... On sait tous ce que c'est, sans savoir ce que c'est. Donc là, ça m'ennuyait un peu, alors je lui ai dit, franchement, donnez-moi une bonne raison pour que je dise oui. Oh, il me dit, c'est tout simple, il me dit : « j'ai un petit quota à remplir, si vous me dites oui, ça m'en fera un peu moins à chercher ». Je lui dis, ça c'est une très bonne raison, j'ai dit ok, d'accord, et je suis rentré comme ça dans le système, et puis finalement, je ne regrette pas parce que, c'est ce que j'ai toujours répondu, quand il y a des questionnaires en fin de rencontre, c'est l'entraînement : c'est-à-dire qu'à partir du moment où l'on rentre dans un phénomène de groupe, on fait plus de choses, on accepte plus de choses, on réfléchit plus, on agit plus, voilà.

J.L. :-Justement je voulais vous demander : le fait de participer à une réunion diététique en groupe, vous en attendiez quoi ?

**P3 :-En fait, ce qui est curieux, c'est que ça coïncidait avec des cures : ça fait deux ans qu'avec ma compagne on fait des cures, bon ça commence par l'arthrose, mais il y a aussi un accompagnement dans le métabolisme. Donc là, je suis déjà rentré dans les réunions diététiques dans ma formation, et c'est très intéressant, au-delà des soins, il y a aussi un accompagnement, on a eu des conférences, avec des professeurs, c'était super intéressant. Et là, je reconnaissais un petit peu le même processus que je connaissais, donc je n'en attendais rien parce que je savais ce qu'il fallait faire ou ne pas faire... sauf que j'ai reconnu un peu le même système : l'accès à des gens comme vous... enfin à des praticiens... et ça c'est fabuleux parce que on ne frappe pas à la porte de quelqu'un comme ça en disant bah tiens, j'aimerais avoir des connaissances sur telle chose. Là, c'est eux qui viennent à nous. On nous dit, voilà, vous êtes quinze personnes, on se réunit dans une salle, et puis on va avoir des gens, qui au tableau noir, vont nous expliquer ce que c'est que le pancréas, pourquoi ça ne fonctionne pas et tout. Attends, on serait quand même bête de ne pas en profiter. Et de toutes les séances qu'il y a eu là à Baugé, c'est celle que j'ai préféré, quand les médecins sont venus expliquer vraiment ce que**

c'est : je vous disais tout à l'heure, on sait tous ce que c'est, sans savoir vraiment.

On sait le sucre, l'hépatite et tout ça, mais par contre, là le médecin a expliqué pourquoi le sucre n'était pas assimilé, ou ce qu'il fallait faire pour l'assimiler, ça c'est fabuleux. Ça, ça m'a beaucoup plu.

Parce que on a l'impression d'être un petit peu dans l'étude de médecine, là finalement. On entre dans, vraiment dans l'accès à la connaissance. Ça, c'est ce qui m'a plu. Après, pour la diététique proprement dite, heu, la cuisine au beurre, les graisses, les trucs... on sait tout ça... par contre on ne le fait pas forcément. Et quand on nous le rabâche, quand on nous demande des comptes, bah à la maison, on fait plus attention. Concrètement, une des choses que j'ai vraiment faite depuis que je suis ça, et on devrait tous commencer par ça, c'est quand on fait les courses déjà : le choix des produits qu'on ramène dans le frigo et dans le placard. Parce qu'on est comme les enfants devant un paquet de bonbon : on le sait que dans le rayon, il vaut mieux prendre ça que ça, et finalement qu'est-ce qu'on fait...

J.L. :-Alors c'est quoi que vous avez essayé de modifier ?

P3 :-Pas grand-chose et tout à la fois. C'est-à-dire que ça c'est ce que j'ai appris avec Diabète 49, c'est qu'il ne faut pas tomber dans le régime alimentaire privatif. Et ça je le savais aussi, mais on a tendance à le faire quand même, et c'est complètement idiot, parce que ça ne marche pas. Ça marche quinze jours, ça marche un mois, ça marche trois mois, et puis on retombe. Moi, je peux vous dire que j'étais en surpoids bien plus que je ne le suis actuellement, et j'ai fait trois régimes hyper protéinés, car j'étais rendu à un point, c'était vraiment très très critique, et moi, je fonctionne toujours par des motivations [rires] un peu bizarres : [anonymisation] Et puis ce qu'on a perdu, on le reprend... Grosse déception .... Au bout d'un moment, je dis à mon médecin « il faut que je recommence », il me dit non non, c'est trop dangereux : vous avez voulu faire un essai, vous l'avez vu mais vous voyez les conséquences. Je lui dis oui, mais c'est pas possible, donnez-moi une chance, maintenant je sais. Donc j'ai refait une deuxième fois, là j'ai perdu 25kg, j'ai refait une troisième fois, j'ai reperdu 20 kg, c'est du yoyo ! Jusqu'au jour où le médecin il m'a dit stop, terminé ! Il m'a dit je ne veux pas de ça, je vous préfère en léger surpoids que à faire vos bêtises, parce que le cœur, il n'aime pas. Bon... Voilà, j'ai appris ça. Mais bon, je suis un peu déçu, car j'aurai voulu rester au stade de la première fois :

je me sentais voler, quand j'allais dans mon terrain... je n'avais plus de problème de souffle, enfin tout ça, puis les articulations... mais bon, c'est pas possible, c'est comme ça.

J.L. :-Vous avez participé à combien de réunion Mr B ?

P3 :-Là, avec le diabète 49 ? Oh, je les ai toutes faites, toutes celles qui ont été proposées à Bauge puis Noyant, je crois bien, bah je ne sais pas... 5 ou 6 peut-être...

J.L. :-Vous pouvez me raconter comment ça se passe une réunion ? De votre point de vue ?

P3 :-Lesquelles, parce qu'il y a deux types de réunions, il y a celles faites par le milieu médical, et il y a celles faites par les diététiciennes...

J.L. :-Par la diététicienne.

P3 :-Par la diététicienne... ce que je retiens, bon moi je prends beaucoup de notes, c'est par déformation professionnelle, j'ai des tas de notes. Bon, ça se passe... ce que j'ai apprécié, c'est qu'au départ c'est un but de toucher tout le monde : c'est-à-dire qu'il y a quand même un public très divers dans la salle, il y a des gens qui, comme moi, par expérience, par aptitude personnelle, on comprend vite, et puis il y a bien des gens qui ne partent de rien. J'étais très étonné quand elle a commencé à parler de la différence entre une matière grasse ... on se dit bon, c'est vraiment le BABA, et il y a des gens, on voit bien ils découvrent. C'est étonnant. Alors ça il y a une approche quand même intéressante. Bon, nous on s'ennuie un petit peu assez vite, mais on se dit après tout, c'est pas grave on va respecter les autres. Ensuite, la diététicienne nous donne une quantité d'informations, après chacun picore ce qu'il a besoin, ce qu'il veut, ce qu'il retient ou pas. Moi je prends des notes pour m'y replonger de temps en temps, car on oublie très vite. Si c'est le système du régime alimentaire, on fait un effort pendant huit jours et puis, c'est sournois, petit à petit on recommence à prendre des produits qu'il ne faudrait pas, ou en quantité trop importante. Le drame, et c'est un peu que je vis aussi, c'est que quand on est tout seul chez soi, faudrait vivre en Hermite : quand on vit en Hermite, ou en couple et puis qu'on fait tous les deux attention – parce que le conjoint est important aussi : la cuisine qu'elle fait, il faut qu'elle soit adaptée, mais comme elle a un petit peu de surpoids aussi, on marche ensemble -... Mais les sollicitations extérieures, ça c'est horrible : parce que dès qu'on commence à aller chez quelqu'un [...] »

# Permis d'imprimer

---

PERMIS D'IMPRIMER

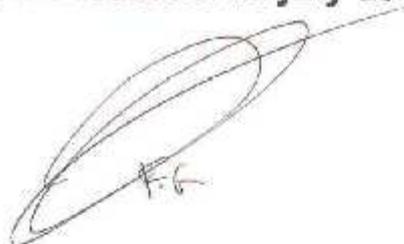
**THÈSE DE Madame LABOUE Jennifer**

**Vu, le Directeur de thèse**



P. DROUOTEAU

**Vu, le Président du jury de thèse**



P. G.

**Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

**Vu et permis d'imprimer**



TI\_HRM\_govis\_leptan (2)



**LABOUE Jennifer**

**Impact d'une éducation thérapeutique proposée en proximité chez des patients diabétiques de type 2 vivant en territoire rural.**

Une analyse qualitative dans le cadre de la coopération entre le réseau Diabète 49 et les nouvelles maisons de santé pluriprofessionnelles de Baugé et Noyant.

**RESUME**

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) apparaît limitée en ville et en milieu rural. L'objectif était d'analyser l'impact de l'ETP dans la vie quotidienne de diabétiques faisant la démarche de participer à des séances car proposées près de chez eux.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés fut réalisée auprès de 12 patients diabétiques de type 2. Ils avaient participé aux réunions diététiques (RD) et/ou à l'activité physique (AP) proposées par Diabète 49 sur Baugé/Noyant (territoire rural Est du Maine-et-Loire) de Mai 2013 à Juin 2014.

Ce travail objective l'impact positif de l'ETP en proximité. La facilité d'accès allégeait les contraintes de déplacement et de temps. Les patients découvraient puis poursuivaient les programmes d'ETP. La proximité favorisait les rencontres locales. Convivialité et échange entre malades étaient une source motivationnelle. Les RD apportaient notions et astuces concrètes. Les patients développaient des compétences d'autogestion, d'auto-observation, de prises de décision. L'ETP sous forme d'AP suscitait une satisfaction inattendue. Ils retrouvaient l'envie de pratiquer une AP dans une dynamique de groupe solidaire. Cependant, des freins à l'adhésion et à la participation étaient soulevés.

Cette étude a exposé le ressenti des patients pour promouvoir l'ETP en proximité et non plus seulement à l'hôpital ou dans les grandes villes.

En articulant les réseaux diabète aux Maisons de Santé développées en territoire rural, l'ETP devient accessible à ceux qui en sont le plus éloignés. Elle doit s'appuyer sur des généralistes sensibilisés. Les freins sont à analyser pour intégrer l'ETP durablement en médecine ambulatoire.

**MOTS-CLES**

MEDECINE GENERALE  
EDUCATION THERAPEUTIQUE  
PROXIMITE

ETUDE QUALITATIVE  
DIABETE DE TYPE 2

**FORMAT**

**Mémoire**  
 **Article**<sup>6</sup> :  à soumettre  soumis  accepté pour publication   
publié

suivi par : Dr DUCLUZEAU / Dr CAILLIEZ

---

<sup>6</sup> Statut au moment de la soutenance