



Quels sont les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 de participer à un programme d'éducation thérapeutique à l'Espace Santé du Pays de Remiremont ?

Julie Porta-Renaud

► To cite this version:

Julie Porta-Renaud. Quels sont les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 de participer à un programme d'éducation thérapeutique à l'Espace Santé du Pays de Remiremont ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01731992

HAL Id: hal-01731992

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731992>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine Générale

par

PORTA-RENAUD Julie

Le 06 novembre 2015

**QUELS SONT LES MOTIFS DE REFUS DES PATIENTS
DIABETIQUES DE TYPE 2 DE PARTICIPER A UN
PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE A
L'ESPACE SANTE DU PAYS DE REMIREMONT ?**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER

Président

M. le Professeur Marc KLEIN

Juge

M. le Docteur Mathias POUSSEL

Juge

M. le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRE

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

François CHERRIER

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise

MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN

- Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE

Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christa CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIER

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion ; option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine

Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI
(1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN
(1982)

Vanderbilt University, Nashville
(U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER
(1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA
(1996)

Research Institute for Mathematical
Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK
(1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON
(2005)

Institute of Technology, Atlanta
(USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-
Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT,

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER,

Professeur de Nutrition,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions sincèrement de la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués lors de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Marc KLEIN

Professeur d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Matthias POUSSEL

Maître de conférences des universités en Physiologie

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER,

Médecin Généraliste

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Votre disponibilité, vos conseils, vos connaissances et votre soutien, nous ont été précieux à l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

Merci,

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ma thèse,

Au Dr Deutscher et à la MSA de nous avoir fourni les enveloppes affranchies pour le retour des questionnaires,

Au Dr Cho Kénora pour son aide précieuse dans l'analyse statistique.

Merci,

Aux **équipes paramédicales** que j'ai pu rencontrer lors de mon internat, et tout particulièrement l'équipe du 4C et de cardiologie de Remiremont.

Aux **médecins** avec qui j'ai eu le plaisir d'apprendre, d'échanger et de travailler... Un clin d'œil particulier à **Jean Charles, Virginie et Delphine**... Grâce à vous je sais qu'on peut concilier harmonieusement vie professionnelle et vie privée !! J'ai hâte de m'associer avec vous !

A **Cyrielle et Lauriane**, pour nos soirées secrètes avec notre boîte à fiches et nos soupes maisons !!!

A **Honessa**, malgré nos différents, nos fous rires et « nos barres » ont rendu cette première année de médecine et les suivantes beaucoup plus fun !

Merci,

à ma famille, et tout particulièrement :

A **mes parents** : papa, maman, c'est grâce à vous si j'ai pu réaliser mes études sereinement, vous avez toujours été présents durant ces 10 années, merci pour votre soutien, surtout lors de mes révisions et de mes examens, et merci pour ce merveilleux souvenir partagé avec vous lors des résultats de ma première année.

A ma sœur **Betty**, tu pourras toujours compter sur moi

A **mamy Colette** et **mamy Reine**, merci pour tous ces merveilleux moments passés à vos côtés, vous êtes des mamys formidables.

A **Papy Dédé** et **Papy Gérard**, vous me manquez tellement... Vous auriez été tellement fiers de pouvoir assister à ce moment..

A **Twix**, mon moumousse, pour toutes ces heures de révision que tu as passé à mes côtés

A **Joelle, Daniel** et **Thomas**, je ne pouvais rêver mieux comme belle famille !

Merci,

A tous mes amis, d'avoir été présents dans les bons et parfois les mauvais moments : **Camille, Audrey, Pascale, Chico, Aurélie, Nico, Cathia, Robiche, Magali, Laulau, Violette** et à tous ceux que j'oublie..

Merci,

A **Cassandre**, ma poune, ma pounette, ma poupoune, merci à toi pour tous ces moments merveilleux que tu nous fais vivre, tu nous combles de bonheur...

Et Merci,

A ma plus belle rencontre durant ces années « médecines »... Merci à toi **Pierre**, pour ton aide, ton réconfort et ta patience durant mon externat, mon internat et enfin ma thèse... Déjà tant de moments merveilleux passés à tes côtés et encore tellement d'autres à venir... Mais ça, c'est parce que « nous, on sait » !!

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Sommaire

INTRODUCTION	17
MATERIEL ET METHODES.....	20
1- Objectif de l'étude :	21
2- Description de l'étude :	21
3- Critères d'inclusion :	21
4- Taille de l'échantillon :	21
5- Déroulement de l'étude :	22
6- Elaboration du questionnaire et données recueillies:	23
7- Analyse des résultats :	26
RESULTATS.....	27
1- Description de la population de l'étude :	28
a. Données socio démographiques :	28
b. Données médicales :	29
2- Patients participants contre patients non participants.....	31
a. Données socio démographiques.....	31
b. Données médicales :	33
c. Proposition de l'éducation thérapeutique :	36
d. Les motifs de refus des patients non participants :	36
3- Patients proposés à un programme d'ETP contre patients non proposés	38
a. Données socio démographiques :	38
b. Données médicales	39
DISCUSSION.....	42

1- Sur la méthodologie :	43
a. Le biais de sélection :	43
b. Le questionnaire :	43
2- Sur les résultats :	43
a. Le médecin et l'ETP	43
b. Les motifs de refus	45
c. Les caractéristiques socio démographiques :	47
d. Les données médicales :	48
CONCLUSION.....	50
ABREVIATIONS :	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
Annexe 1 :	55
Annexe 2 : questionnaire	56
Annexe 3.....	59

INTRODUCTION

Depuis 2009, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est inscrite dans le droit français. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de juillet 2009 a affilié l'ETP dans le code de la Santé Publique, pour la première fois en Europe (1).

D'après la définition de l'OMS, « L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cela a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (2)

La Haute Autorité de Santé a élaboré un guide méthodologique complet : « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ». Ce guide a pour objectif de proposer un cahier des charges pour l'élaboration des programmes d'ETP, il en définit les principes, décrit les étapes de la démarche éducative, le contenu des programmes et explique les modalités de l'évaluation (3).

L'éducation thérapeutique du patient fait donc maintenant partie intégrante des soins des patients souffrant d'une pathologie chronique (4).

Lagger and Al ont évalué l'efficacité de l'ETP, en effectuant une synthèse des méta-analyses récentes. L'efficacité de l'éducation thérapeutique est clairement démontrée pour la majorité des études (6). En dépit de ces résultats, le taux de participation reste faible (7).

Certains patients ne souhaitent pas participer aux programmes d'éducation thérapeutique. Comprendre les raisons de cette non-participation aiderait à mieux déterminer leurs besoins et permettrait d'adapter l'offre aux patients les moins motivés.

En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était de 4,6% soit 3 millions de personnes (8). Le diabète est une maladie chronique au retentissement sévère de par la gravité de ses complications aiguës et chroniques.

Dans les Vosges, à Remiremont, l'Espace Santé du Pays (ESP) a ouvert ses portes en septembre 2010. L'ESP est une alliance médecine de ville et médecine hospitalière. En effet des professionnels hospitaliers interviennent avec des professionnels libéraux pour la mise en œuvre de l'ETP. L'équipe éducative est composée d'une vingtaine d'intervenants. Les pathologies chroniques concernées sont le surpoids et l'obésité, le diabète, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et les pathologies cardiovasculaires.

La population de diabétique de type 2 sur le pays de Remiremont est évaluée de 4000 à 5000 individus. Hors seulement 493 patients ont bénéficié d'un programme d'éducation du diabète à l'ESP depuis son ouverture, soit 4 années passées. Et le taux de participation est en baisse depuis l'année 2013.

L'objectif de notre étude est d'identifier les motifs de refus de ces patients diabétiques de type 2 de participer à un programme d'éducation thérapeutique à l'ESP.

MATERIEL ET METHODES

1- Objectif de l'étude :

L'objectif principal de notre étude était de déterminer quels étaient les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 de se rendre à l'ESP.

L'objectif secondaire était d'évaluer les différences entre les patients qui se rendaient et ceux qui ne se rendaient pas à l'ESP.

2- Description de l'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle transversale par auto questionnaire, distribué par 20 médecins traitants du Pays de Remiremont, tirés au sort, et qui acceptaient la distribution des questionnaires.

3- Critères d'inclusion :

Les patients étudiés étaient issus de la patientèle de 20 médecins généralistes du pays de Remiremont. Ils devaient répondre à l'unique critère :

- Etre atteint de diabète de type 2

4- Taille de l'échantillon :

Pour estimer la taille de l'échantillon nécessaire à l'étude, nous avons utilisé une formule statistique. (annexe 1)

Le nombre de sujets nécessaires a été calculé à 100.

La participation estimée des patients dans les études similaires est de 50%, nous avons donc choisi de distribuer 200 questionnaires.

5- Déroulement de l'étude :

Nous avons recensé les 60 médecins généralistes exerçant dans le Pays de Remiremont via *Les Pages Jaunes®*.

Pour sélectionner les 20 médecins généralistes participants à l'étude, nous avons réalisé un tirage au sort, en créant un programme de nombre aléatoire sur *Excel®*.

Un nombre de 1 à 60 était attribué aux praticiens.

Les vingt premiers étaient contactés par téléphone pour savoir s'ils acceptaient de participer à l'étude et de distribuer à 10 de leurs patients diabétiques de type 2 le questionnaire (annexe 2). S'ils refusaient, nous contactions les médecins suivants dans la liste de tirage.

Cinq médecins ont refusé de participer à l'étude. Trois d'entre eux ont évoqué un manque de temps, et deux d'entre eux nous ont fait part de leur refus via leur secrétaire, sans justification.

Les médecins devaient distribuer à dix de leurs patients diabétiques de type 2 le questionnaire en consultation, qu'ils leur aient proposés ou non un programme d'éducation thérapeutique.

Les patients remplissaient le questionnaire hors du cabinet médical et le retournaient une fois complété dans l'enveloppe affranchie qui leur était fournie.

Pour limiter les frais de l'étude, les enveloppes affranchies nous ont été fournies par la MSA. Mais il était précisé aux médecins et patients que l'étude concernait tous les patients diabétiques de type 2, peu importe leur rattachement social.

Nous avons remis les questionnaires aux différents médecins le 6 octobre, en mains propres. Une notice explicative sur la diffusion du questionnaire leur était fournie, contenant également nos coordonnées téléphoniques et mail (annexe 3). Ainsi, les médecins pouvaient nous avertir une fois les questionnaires distribués.

Une première relance téléphonique a été réalisée 8 semaines après la distribution. 5 médecins avaient distribué la totalité des questionnaires, 6 n'en avaient distribué aucun, et les 10 autres en avaient distribué entre 3 et 7.

Une deuxième relance téléphonique a été réalisée 8 semaines après la première. 6 médecins avaient distribué la totalité des questionnaires, 1 n'en avait distribué aucun, et les 8 autres en avaient distribué entre 6 et 8.

A la deuxième relance, 32 questionnaires n'avaient pas été distribués.

Parmi les 11 médecins ayant distribués la totalité des questionnaires, 2 m'en ont avertis par mail, 3 par message et 1 par appel téléphonique.

Nous avons clôturé l'étude le 4 mai 2015.

6- Elaboration du questionnaire et données recueillies:

Le questionnaire a été réalisé dans l'objectif de caractériser : le patient, son diabète et enfin la place de l'éducation thérapeutique dans son parcours.

Avant d'être distribué, le questionnaire a été testé sur 5 personnes puis modifié en tenant compte des remarques.

Le questionnaire se divisait en trois parties.

Une première partie, constituée de 6 items, visait à établir les caractéristiques socio démographiques déclarées par les patients :

- Le sexe
- L'année de naissance
- La commune de domicile

Nous avons calculé la distance en km entre l'Espace Santé et la commune de domicile, en utilisant une application *Via Michelin®*.

- Le statut marital, divisé en 4 catégories :
 - célibataire,
 - marié(e) ou vivant en couple,
 - divorcé(e)
 - ou veuf(ve)
- La situation professionnelle, divisée en 6 catégories :
 - en activité,
 - au chômage,
 - à la retraite,
 - homme ou femme au foyer,
 - étudiant
 - et autre
- Le poids (en kg)
- La taille (en m)

Nous avons calculé l'indice de masse corporelle à partir du poids et de la taille déclarés. Nous avons utilisé la classification de l'OMS pour définir les classes d'insuffisance pondérale ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), de poids normal (IMC compris entre $18,5$ et $24,9 \text{ kg/m}^2$), de surpoids (IMC compris entre 25 et $29,9 \text{ kg/m}^2$) et d'obésité ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) (9).

Nous nous sommes aidés de l'auto-questionnaire patient de l'étude ENTRED pour élaborer ces items (9).

S'agissant d'un auto-questionnaire, les questions devaient être facilement compréhensibles et la durée pour compléter le questionnaire devait être suffisamment courte pour ne pas décourager le patient. Nous avons donc décidé de ne pas inclure le niveau d'étude ni la catégorisation socio professionnelle.

La deuxième partie, composée de 3 items, portait sur les caractéristiques déclarés du diabète des patients.

- L'évaluation du stade d'acceptation de la maladie :

Pour identifier le stade d'acceptation, nous nous sommes aidés de la description des comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie de Anne LACROIX(10)(11).

Les différents états qui composent le processus d'acceptation de la maladie sont : le choc, la dénéigation, la révolte, le marchandage, la dépression, la résignation, la pseudo-acceptation et l'acceptation.

Il s'agit de points de repère : on peut déterminer un état dominant chez un patient mais jamais un état précis.

- La durée d'évolution du diabète, divisée en 4 items :
 - ne sait pas,
 - < 5ans,
 - < 10ans,
 - > 10ans ou plus

- Les résultats de la dernière Hb1Ac, divisés en 5 items :
 - ne sait pas,
 - < 7%,
 - <8%,
 - <9%,
 - 10% ou plus.

La troisième partie du questionnaire portait sur l'éducation thérapeutique, par 4 items :

- Proposition au patient de participer à un programme d'ETP ? (Si la réponse était négative, le questionnaire prenait fin)
- Identification du prescripteur de la participation à un programme d'ETP
- A la suite de cette proposition, le patient s'était-il rendu à l'ESP ? (si la réponse était positive, le questionnaire prenait fin)
- Si le patient n'avait pas pris contact avec l'ESP, une liste de 13 items lui était suggérée pour identifier les motifs principaux de refus.

Nous avons utilisé les résultats du travail de thèse de Sandrine LUCAS pour lister les motifs principaux de refus (12). Il s'agissait d'une étude qualitative semi dirigée auprès de patients diabétiques de type 2, qui avaient effectué un diagnostic éducatif au sein du réseau diabète MAREDIA à Evreux, sans jamais revenir suivre les ateliers ou autre consultation proposée.

Le but de l'étude était de rechercher les motifs de refus d'adhérer à un programme d'éducation thérapeutique chez les diabétiques de type 2.

7- Analyse des résultats :

La saisie des données a été réalisée sous *Excel®*. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel STATA SE 12.0

Les données quantitatives sont exprimées en moyenne +/- écart type. Le test d'Anova a été utilisé pour les comparaisons de moyennes.

Les données qualitatives sont exprimées en pourcentage. Le test du Chi2 a été utilisé pour les comparaisons de pourcentage.

Les différences étaient considérées comme significatives lorsque le p était inférieur à 0,05.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Dr CHAU Kénora, assistante au département de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy.

RESULTATS

1- Description de la population de l'étude :

a. Données socio démographiques :

L'âge moyen des répondants au questionnaire est de 67,1 ans (10,87).

La parité est respectée (49,5% des femmes pour 50,5% d'hommes).

Tableau 1. Données socio démographiques des répondants au questionnaire

	Total des participants (N=109)	
	N	% ou moyenne (écart-type)
<i>Distance en Km entre le domicile et l'ESP</i>	107	12,3 (9,43)
<i>Statut familial :</i>		
- célibataire	6	5.5
- Marié, pacsé ou en couple	70	64.2
- divorcé	17	15.6
- veuf	16	14.7
<i>Situation professionnelle :</i>		
- En activité	13	11.9
- Au chômage	5	4.6
- A la retraite	80	73.4
- Homme ou femme au foyer	3	2.8
- autre	8	7.3
<i>Nationalité française</i>	105	96.3
<i>Taille</i>	102	1.65 (0.10)
<i>Poids</i>	104	82.7 (16.65)
<i>IMC</i>	102	30.2 (5.09)
<i>IMC en classe :</i>		
- maigreur	0	0
- normal	16	15.7
- surpoids	38	37.2
- obésité	48	47.1
<i>Aspect financier</i>		
- Pas de soucis	20	19.4
- Budget équilibré	57	55.3
- difficile	24	23.3
- dettes	2	1.9

b. Données médicales :

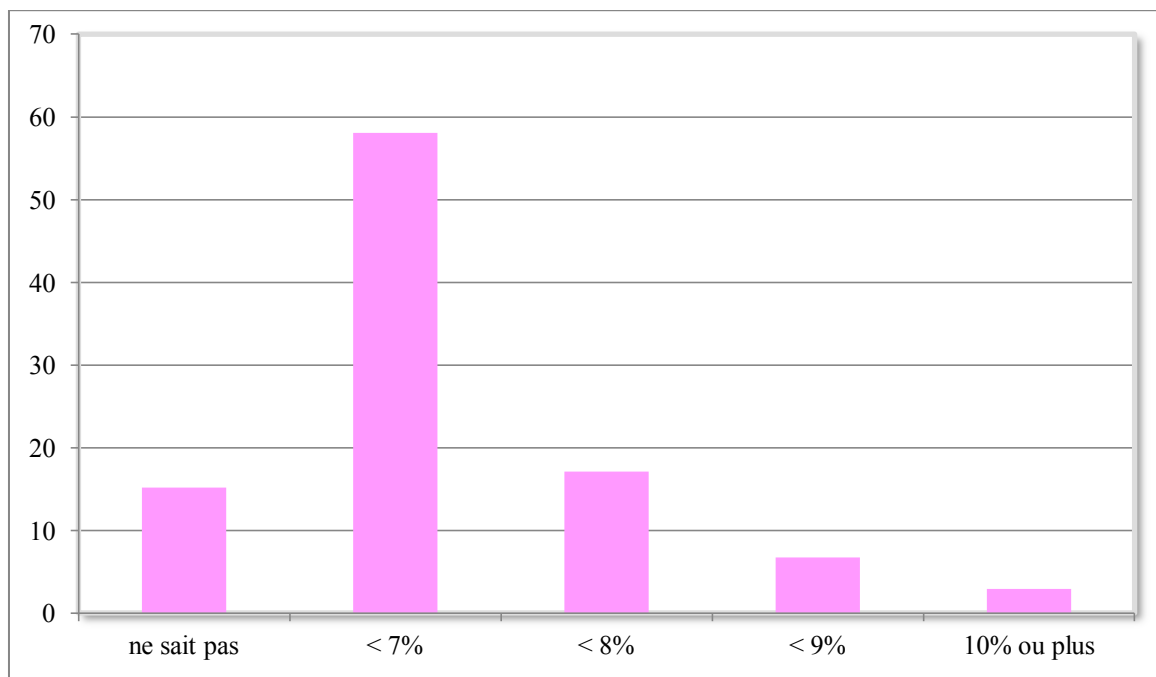
- La durée d'évolution du diabète :

12,6% des participants au questionnaire ne connaissent pas la durée d'évolution de leur diabète.

32% déclarent moins de 5ans, 20,4% moins de 10ans et 35% 10 ans ou plus.

- Le résultat de la dernière Hb1Ac :

Figure 1. Résultats déclaratifs de la dernière Hb1Ac de la population de l'étude : pourcentage



c. Le stade d'acceptation de la maladie :

Tableau 2. Les différents stades d'acceptation de la maladie chez les répondants : pourcentage

Total des participants (N=109)		
	N	Pourcentage
<i>Choc :</i>		
Oui	6	6,8
Non	82	93,2
<i>Déni et/ou dénégalion :</i>		
Oui	99	90,8
Non	2	1,8
<i>Révolte :</i>		
Oui	27	32,9
non	55	67,1
<i>Marchandage :</i>		
Oui	61	74,4
Non	21	25,6
<i>Dépression :</i>		
Oui	4	4,7
Non	81	95,3
<i>Résignation :</i>		
Oui	6	7,0
Non	80	93,0
<i>Pseudo acceptation :</i>		
Oui	79	88,8
Non	10	11,2
<i>Acceptation :</i>		
Oui	89	94,7
Non	5	5,3

2- Patients participants contre patients non participants

a. Données socio démographiques

69% des participants sont de sexe féminin, avec une différence significative.

Les caractéristiques des données socio démographiques sont présentées dans le tableau 3.

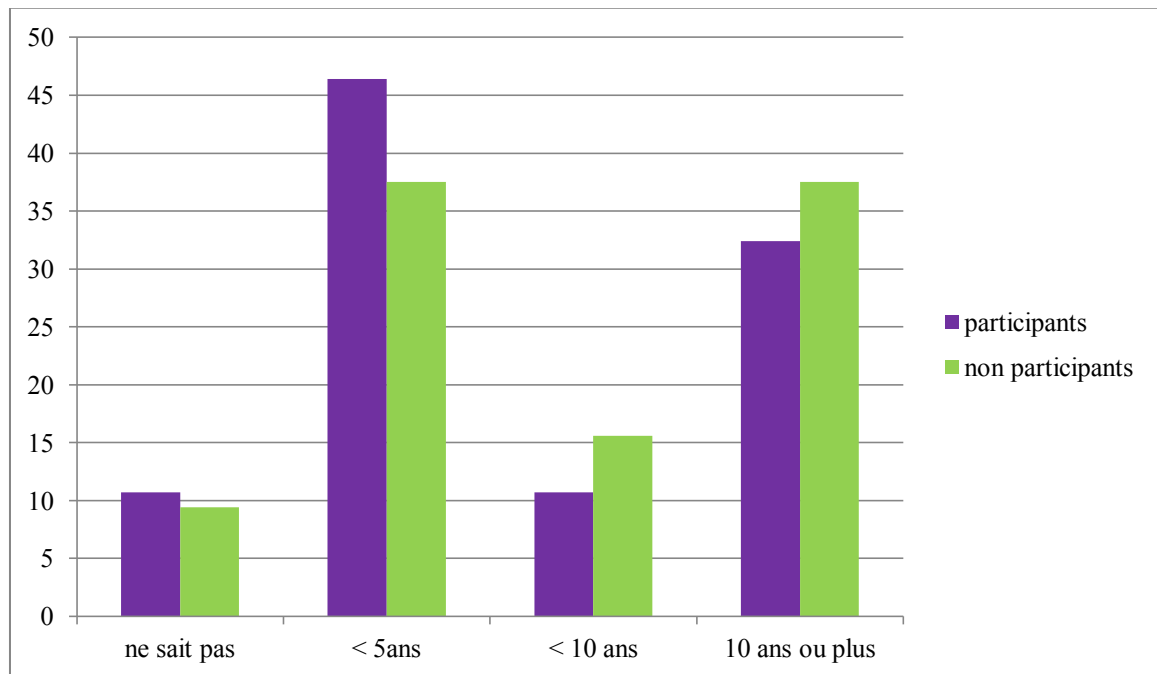
Tableau 3. Caractéristiques socio démographiques des patients participants et non participants: pourcentage et moyenne (écart-type).

	Patients proposés (N=62)		p
	Participants (N=29) (3)	Non participants (N=33) (4)	(3) vs. (4)
<i>Sexe féminin</i>	69,0	42,4	0,036
<i>Age</i>	67,9 (9,36)	64,7 (9,43)	0,19
<i>Distance en Km entre le domicile et l'ESP</i>	11,8 (10,11)	13,8 (9,14)	0,41
<i>Statut familial :</i>			0,78
- célibataire	3,5	3,0	
- Marié, pacsé ou en couple	62,1	72,7	
- divorcé	17,2	15,2	
- veuf	17,2	9,1	
<i>Situation professionnelle:</i>			0,24
- En activité	6,9	12,1	
- Au chômage	6,9	0	
- A la retraite	75,9	69,7	
- Homme ou femme au foyer	6,9	3,0	
- autre	3,4	15,2	
<i>Nationalité française</i>	100	93,9	0,18
<i>Taille</i>	1,63 (0,09)	1,67 (0,09)	0,15
<i>Poids</i>	83,3 (18,00)	85,7 (15,05)	0,59
<i>IMC</i>	31,4 (6,31)	30,6 (4,11)	0,55
<i>IMC en classe :</i>			0,62
- maigre	0	0	
- normal	14,3	13,8	
- surpoids	32,1	37,9	
- obésité	53,6	48,3	
<i>Aspect financier:</i>			0,58
- Pas de soucis	13,8	15,6	
- Budget équilibré	62,1	53,1	
- difficile	20,7	31,3	
- dettes	3,4	0	

b. Données médicales :

• Durée d'évolution du diabète :

Figure 2. Durée d'évolution du diabète chez les participants et non participants : pourcentage



p=0,87

- Résultat de la dernière Hb1Ac :

Tableau 4. Comparaison du résultat de la dernière Hb1Ac entre les participants et non participants : pourcentage

	Patients proposés (N=62)		p
	Participants (N=29) (3)	Non participants (N=33) (4)	(3) vs. (4)
Ne sait pas	10,3	18,7	0,86
< 7%	62,1	50,0	
<8%	17,2	21,9	
< 9%	6,9	6,3	
10% ou plus	3,4	3,1	

- Le stade d'acceptation de la maladie :

Tableau 5. Comparaison du stade d'acceptation de la maladie entre les participants et non participants : pourcentage

	Patients proposés (N=62)		p
	Participants (N=29) (3)	Non participants (N=33) (4)	(3) vs. (4)
Choc :			
Oui	12,5	3,8	0,26
Non	87,5	96,2	
Déni et/ou dénégalation :			
Oui	100	100	0,93
Non	0	0	
Révolte :			
Oui	33,3	46,2	0,37
Non	66,7	53,8	
Marchandage :			
Oui	76,2	84,0	0,51
Non	23,8	16	
Dépression :			
Oui	4,2	8,0	0,58
Non	95,8	92	
Résignation :			
Oui	4,2	8,0	0,58
Non	95,8	92	
Pseudo acceptation :			
Oui	88,0	88,9	0,92
Non	12	11,1	
Acceptation :			
Oui	96,1	96,4	0,96
Non	3,9	3,6	

c. Proposition de l'éducation thérapeutique :

Les patients participent plus à l'ETP quand la proposition est faite par le médecin traitant, et ils participent moins quand la proposition est faite par un diabétologue, sans différence significative

Tableau 6. Répartition des propositions d'ETP : pourcentage

	Patients proposés (N=62)		p
	Participants (N=29)	Non participants (N=33)	
Médecin traitant	78,6	62,5	0,37
diabétologue	14,3	28,1	
Autre médecin hospitalier	7,1	9,4	

d. Les motifs de refus des patients non participants :

Tableau 7. Motifs de refus : pourcentage

	oui	non	Données manquantes
Ne se sent pas prêt	30,3	33,3	36,4
Ne sait pas où les locaux se situent	11,1	48,5	48,5
Ne souhaite pas modifier ses habitudes	33,3	30,3	36,4
Distance trop éloignée	6,1	45,4	48,5
Pas besoin d'information sur le diabète	30,3	27,3	42,4
Le médecin ne vous a pas convaincu	12,1	36,4	51,5
Pas compris ce qu'est l'ETP	15,1	36,4	48,5
Horaires inadaptés	15,1	39,4	45,6
Pense maîtriser son diabète	60,6	6,1	33,3
Accès à la structure est difficile	6,1	45,4	48,5
Pas obligatoire	39,4	15,1	45,5
Pas de moyens de transports	21,2	36,4	42,4
Ne se considère pas comme diabétique	15,1	39,4	45,5

Tableau 8. Comparaison des motifs de refus entre les hommes et les femmes :
pourcentage

	Homme (N=19)	Femme (N=14)	p
Ne se sent pas prêt :			
oui	58,3	33,3	0,26
Ne sait pas où se situent les locaux :			
Oui	0	14,3	0,22
Ne souhaite pas modifier ses habitudes :			
Oui	58,3	44,4	0,53
Distance géographique trop éloignée ::			
Oui	0	28,6	0,07
Pas besoin d'informations :			
Oui	50,0	57,1	0,76
Médecin ne vous a pas convaincu :			
Oui	30,0	16,7	0,55
N'a pas compris ce qu'était l'ETP :			
Oui	45,5	0	0.05
Horaires et jours inadaptés :			
Oui	33,3	16,7	0,46
Pense maîtriser son diabète :			
Oui	92,3	88,9	0,78
Difficulté d'accès à la structure :			
Oui	18,2	0	0,27
Pas obligatoire :			
Oui	81,8	57,1	0,26
Pas de moyens de transports :			
Oui	25,0	57,1	0,16
Ne se considère pas comme diabétique :			
Oui	41,7	0	0,06

3- Patients proposés à un programme d'ETP contre patients non proposés

a. Données socio démographiques :

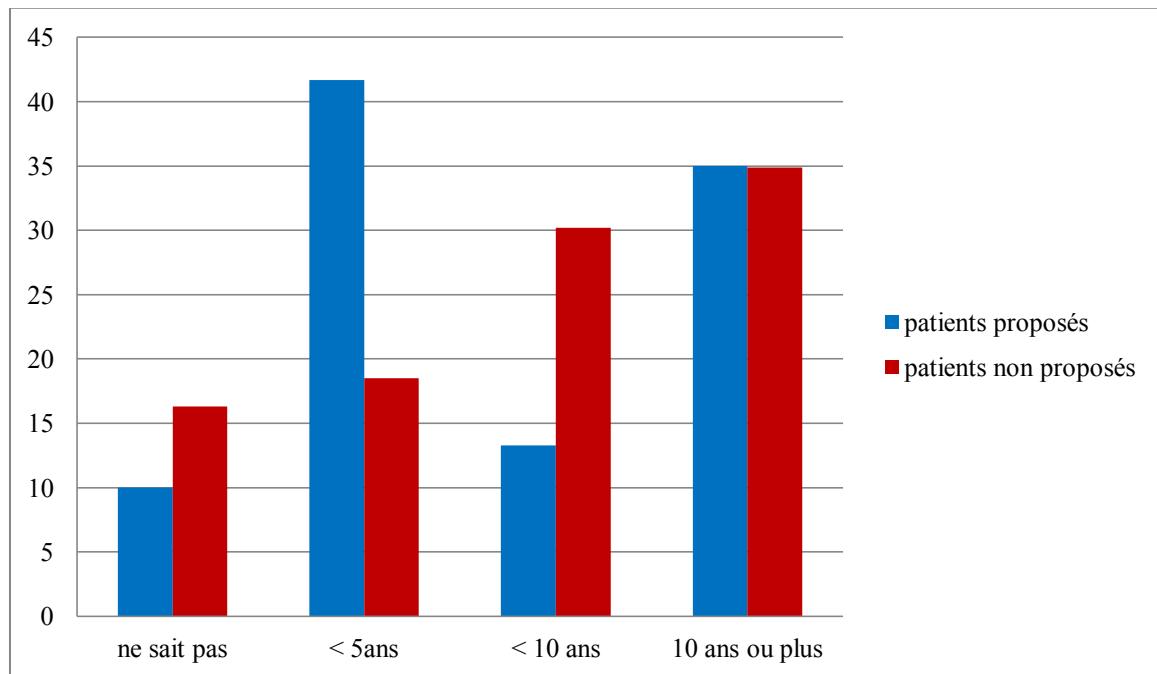
Tableau 9. Comparaison des données socio démographiques entre les proposés et non proposés : pourcentage ou moyenne (écart-type)

	Patients proposés (N=62) (1)	Patients non proposés (N=47) (2)	P (1) vs. (2)
<i>Sexe féminin</i>	54,8	42,5	0,20
<i>Age</i>	66,2 (9,45)	68,4 (12,54)	0,31
<i>Distance en Km entre le domicile et l'ESP</i>	12,9 (9,57)	11,5 (9,28)	0,44
<i>Statut familial :</i>			0,58
- Célibataire	3,2	8,5	
- Marié, pacsé ou en couple	67,7	59,6	
- Divorcé	16,1	14,9	
- Veuf	12,9	17,0	
<i>Situation professionnelle:</i>			0,34
- En activité	9,7	14,9	
- Au chômage	3,2	6,4	
- A la retraite	72,6	74,5	
- Homme ou femme au foyer	4,8	0	
- Autre	9,7	4,3	
<i>Nationalité française</i>	96,8	95,7	0,78
<i>Taille</i>	1,65 (0,09)	1,66 (0,11)	0,74
<i>Poids</i>	84,5 (16,47)	80,3 (16,77)	0,20
<i>IMC</i>	31,0 (5,27)	29,2 (4,71)	0,07
<i>IMC en classe :</i>			0,70
- Maigre	0	0	
- Normal	14,0	17,8	
- Surpoids	35,1	40,0	
- Obésité	50,9	42,2	
<i>Aspect financier:</i>			0,16
- Pas de soucis	14,8	26,2	
- Budget équilibré	57,4	52,4	
- Difficile	26,2	19,0	
- Dettes	1,6	2,4	

b. Données médicales

- Durée d'évolution du diabète :

Figure 3. Durée d'évolution du diabète entre les patients proposés et non proposés : pourcentage



$p = 0,038$

- Résultat de la dernière Hb1Ac :

Tableau 8. Comparaison des résultats de la dernière Hb1Ac entre les patients proposés et non proposés : pourcentage

	Patients proposés (N=62) (1)	Patients non proposés (N=47) (2)	p (1) vs. (2)
Ne sait pas	14,7	15,9	0,94
< 7%	55,7	61,3	
< 8%	19,7	13,6	
< 9%	6,6	6,8	
10% ou plus	3,2	2,3	

- Le stade d'acceptation de la maladie :

Tableau 9. Comparaison du stade d'acceptation entre les proposés et non proposés : pourcentage

	Patients proposés (N=62) (1)	Patients non proposés (N=47) (2)	p (1) vs. (2)
Choc :			
Oui	8,0	5,3	0,61
Non	92	94,7	
Déni et/ou dénégalation :			
Oui	100	95,1	0,08
Non	0	4,9	
Révolte :			
Oui	40,4	22,9	0,09
Non	59,6	77,1	
Marchandage :			
Oui	80,8	66,7	0,16
Non	19,2	33,3	
Dépression :			
Oui	6,1	2,8	0,47
Non	93,9	97,2	
Résignation :			
Oui	6,1	8,1	0,72
Non	93,9	91,9	
Pseudo acceptation :			
Oui	88,4	89,2	0,91
Non	11,6	10,8	
Acceptation :			
Oui	96,3	92,5	0,41
Non	3,7	7,5	

DISCUSSION

1- Sur la méthodologie :

a. Le biais de sélection :

Il existe un biais de sélection concernant le recrutement des médecins généralistes. Les médecins avaient naturellement le choix de participer à l'étude, ce qui laisse penser que les médecins ayant acceptés de participer représentent les professionnels les plus impliqués et concernés par le sujet.

b. Le questionnaire :

Nous avons utilisé la négation pour la formulation de certains items, ce qui a pu nuire à la bonne compréhension de l'item par les patients.

2- Sur les résultats :

Notre population est comparable avec les diabétiques de type 2 en France, concernant l'âge, le genre, le statut familial, le statut professionnel, le statut financier, la durée d'évolution du diabète, et le résultat de la dernière Hb1Ac, selon les résultats de l'étude Entred 2007-2010 (9).

a. Le médecin et l'ETP

Le point clé de notre étude est la faible proposition de l'ETP par les médecins. En effet, 43% des patients diabétiques, soit presque la moitié, déclarent ne pas avoir reçus de proposition pour participer à un programme d'ETP. Cette donnée est primordiale car pourrait, en grande partie, expliquer la faible participation des patients diabétiques à l'ESP.

Fin 2014, seulement 493 diabétiques ont été inclus dans le programme diabète de l'adulte à l'ESP, depuis son ouverture en 2010.

Nous pensions que le faible taux d'inclusion était surtout lié à un refus des patients mais notre étude met en évidence un manque de proposition par les médecins. Ce chiffre est probablement sous-estimé, par le biais de sélection des médecins à la participation dans cette étude. En effet, si notre échantillon de médecins comprenait des praticiens non sensibilisés à l'ETP, ce chiffre risquerait d'être encore plus important.

Néanmoins, s'agissant d'un auto-questionnaire, rempli uniquement par le patient, il peut exister un biais de déclaration. En effet il est possible que le médecin ait proposé à son patient de participer à un programme d'ETP mais que celui-ci ne l'ait pas compris ou entendu.

L'autre point important de notre étude, est que lorsque le médecin propose l'ETP aux patients, 47% se rendent à l'ESP. Cette donnée est primordiale car témoigne de la relative bonne adhérence des patients à la prescription de leur médecin. Notre étude ne prend pas en compte la manière dont est proposée l'ETP par le praticien. En effet, Schäfer and al démontrent que le taux de participation à des programmes d'ETP pour le diabète pourrait augmenter, si les médecins le recommandaient plus à leurs patients (13). Les patients participent plus à des programmes d'éducation lorsque leur médecin a fortement influencé leur décision (14). A l'opposé, le manque de conviction du médecin vis-à-vis de l'éducation thérapeutique est une barrière à l'ETP. Par conséquent si les médecins proposent de manière systématique et avec conviction à leur patients de participer à un programme d'ETP, le taux de participation pourrait fortement augmenté.

L'un des objectifs de l'étude Entred 2007-2010 était d'évaluer les modalités d'information et d'éducation des patients, déclarés par les 1700 médecins généralistes participants.

Si 71% déclarent que « *certain*s » de leurs patients diabétiques bénéficient d'une éducation thérapeutique, ils ne sont que 11% à déclarer que la « *majorité* » de leurs patients en bénéficient. Par ailleurs, 60% des généralistes déclarent connaître l'offre disponible en éducation thérapeutique pour les patients diabétiques dans leur bassin de vie, 23% la connaissent « *partiellement* » et 17% « *pas du tout* ».

Les médecins participants à notre étude connaissaient tous l'ESP. Aucun ne nous a demandé ce qu'était l'ESP et où celle-ci se situait. Néanmoins il est probable que certains ne connaissaient pas la démarche à suivre pour y adresser des patients.

L'une des pistes d'amélioration est de faire une mise au point avec les médecins du pays de Remiremont, sur le mode de fonctionnement de l'ESP et sur le rôle important du médecin traitant pour coordonner l'ensemble de la démarche éducative. Cette action doit être régulière, probablement annuelle, pour sensibiliser les nouveaux praticiens installés, libéraux et hospitaliers, et renforcer le message auprès de ceux précédemment informés.

Dans une enquête régionale en 2006 (14), 97% des généralistes disaient pratiquer l'éducation thérapeutique, mais ils en avaient une définition renvoyant dans plus de la moitié

des cas à un enseignement de savoirs et beaucoup plus rarement à des apprentissages de savoir-faire, à un partenariat ou au renforcement de l'autonomie du patient vis-à-vis de la maladie. Les pratiques éducatives sont plus fréquemment assimilées à de l'information ou du conseil qu'à une réelle ETP intégrée aux soins. De ce fait, certains praticiens pensent réaliser une ETP suffisante en consultation et par conséquent, n'adressent pas leurs patients à l'ESP.

Dans une étude menée dans les départements de l'Indre et du Loiret, les médecins ont indiqué un manque de formation dans leur cursus et un manque de temps pour assurer l'ETP (15). L'étude Entred a permis de recueillir les freins au développement d'une démarche éducative déclarés par les médecins : le manque de temps (76%), le manque de structure relais (39%), l'absence de besoin ressenti par le patient (33%), la barrière culturelle et linguistique (26%) ou le manque de formation (26%). Un sur cinq indique le manque de matériel adapté (21%) et la non rémunération de l'activité (19%). Cependant, il existe une perception positive de l'éducation, puisque plus des trois quarts des médecins ont l'impression que l'éducation qui est proposée à leurs patients améliore leur santé et leur qualité de vie.

Nous constatons donc un paradoxe profond chez les médecins qui semblent, d'une part, convaincus par l'ETP et d'autre part peu investis dans l'adressage de leurs patients. Le médecin traitant a un rôle décisif pour convaincre le patient de participer à un programme d'éducation thérapeutique.

b. Les motifs de refus

Dans notre étude, le principal motif de refus déclaré par les patients est la maîtrise de leur diabète, ce qui est comparable aux résultats de l'étude de Schäfer and Al (14).

Certains patients ont très probablement une bonne connaissance de leur diabète et se sentent suffisamment responsable dans sa gestion. Mais nous devons les convaincre de l'utilité de renforcer leurs acquis. Même les patients ayant un bon contrôle glycémique devraient bénéficier d'un programme d'ETP pour accroître leurs connaissances sur la maladie et le traitement (15). Il faudrait également les encourager à participer pour partager leurs expériences et leur vécu de leur maladie avec d'autres.

D'autres patients pensent suffisamment se sentir informés sur leur diabète, mais sans pour autant que cela soit avéré. Peut-être ne prennent-ils pas au sérieux leur diabète, devant le

caractère asymptomatique de celui-ci en l'absence de complications. Ils peuvent également être dans le déni.

Contrairement aux données retrouvées dans la littérature (16)(17)(14)(18), la distance géographique, le moyen de transport et les horaires d'ouverture ne sont pas les principaux motifs de refus. Nous ne pouvons cependant pas généraliser nos résultats à une autre population pour les motifs de refus, car les données manquantes concernent un tiers des résultats pour la quasi-totalité des items.

Cependant, en comparant les motifs de refus entre les hommes et les femmes, il apparaît de façon significative que la distance géographique est un frein à la participation pour le sexe féminin. Ces résultats sont comparables à l'étude de Dodge and Al (17).

Les hommes uniquement ont déclarés n'avoir pas compris ce qu'était l'ETP. Le manque de compréhension des finalités et des modalités de l'ETP est une barrière à l'éducation. Il se peut que les explications sur l'intérêt, sur les bénéfices de l'éducation thérapeutique ne sont pas suffisamment proposées au patient. Ou si des explications sont fournies, celles-ci restent trop générales et ne font peut être pas assez appel à des exemples concrets. Le patient ne peut donc pas se faire une opinion sur l'utilité des séances. L'utilisation fréquente de jargons médicaux rend la communication entre le patient et le médecin restreinte. Le médecin traitant a un rôle majeur sur la proposition, la prescription de l'ETP. Il doit s'assurer que les messages énoncés soient adaptés et compréhensible et fournir des exemples concrets. Le message est probablement mal transmis en raison d'une formation insuffisante des praticiens comme évoqués précédemment.

A cela s'ajoute, les représentations, les à priori du patient lorsque le médecin évoque le terme éducation. Ce terme peut réactiver chez lui des expériences négatives d'ordre familial, scolaire à l'origine de confusion sur ce qui va réellement se passer lors des séances (19).

41,7% des hommes déclarent ne pas se considérer comme diabétique, contrairement à la totalité des femmes qui répondent par la négative à cet item. Ceci est contradictoire aux données recueillies concernant le stade d'acceptation de la maladie. 97% des non participants ont répondu *oui* à l'item « vous ne vous considérez pas comme diabétique » à la question 10. L'intitulé de l'item comprend une négation, ce qui peut être un biais de réponse, par une mauvaise compréhension du sens de la phrase par les patients.

39% des patients déclarent ne pas participer à l'ETP car ce n'est pas une obligation. L'accès à l'ETP est facultatif, l'adhésion à un programme d'ETP est recommandée mais non obligatoire. Encore une fois, la conviction du médecin traitant dans l'utilité de l'éducation peut influencer la décision du patient.

c. Les caractéristiques socio démographiques :

Concernant la barrière culturelle et linguistique, notre échantillon ne paraît pas représentatif de la population des diabétiques de type 2 concernant leur origine. Dans notre étude 96,3% (N=105) des patients déclarent être de nationalité française contre 79% dans l'étude Entred. Sur les quatre patients de nationalité non française, deux n'ont pas reçu de proposition de participer à un programme d'ETP, et les deux autres ont eu une proposition par leur médecin diabétologue mais n'ont pas donné suite à celle-ci.

Les migrants, population plus souvent touchée par la précarité, ont recours aux soins plus tardivement et moins fréquemment que la population non précaire (20). Ceci pourrait être la cause, de notre faible taux de patients migrants dans notre étude.

De plus, la gravité du diabète est majorée dans cette population (20). Le suivi par un médecin diabétologue est probablement plus fréquent, ce qui pourrait expliquer la prescription d'ETP par les médecins diabétologues dans notre étude, deux fois plus fréquente que par les médecins généralistes.

Aucun des patients de nationalité étrangère n'a participé à un programme à l'ESP. L'ETP repose sur la communication, et celle-ci peut être compromise lorsqu'il existe une barrière au niveau de la compréhension des mots. Faut-il recourir à des interprètes pour favoriser l'accès ? Pour les migrants, la démarche éducative doit prendre en compte la langue maternelle, le niveau de compréhension du français, les habitudes culturelles et religieuses (21).

Concernant l'IMC, il existe une différence significative entre les patients proposés et non proposés. Les médecins proposent plus l'éducation thérapeutique aux patients obèses qu'aux patients en surpoids.

Une perte de poids modérée (5 à 10%) a un effet bénéfique démontré sur la glycémie et l'Hb1Ac (22). Les médecins pensent peut être plus au recours d'une diététicienne pour aide à la prise en charge nutritionnelle chez les patients obèses, et adressent donc plus facilement ces patients à l'ESP pour prise en charge éducative conjointe du diabète et de l'obésité. L'ETP est d'ailleurs un pilier de la médecine de l'obésité (23)(24).

Les patients participants à l'ETP ont un IMC plus important que ceux ne participants pas.

L'objectif de perdre du poids pourrait être un facteur favorisant à une adhésion à l'ETP.

Notre étude met en évidence des caractéristiques socio démographiques différentes entre les participants et les non participants. Les femmes participent plus aux programmes d'ETP, avec une différence significative. Nous notons une participation plus importante des veufs(ves), divorcés et célibataires, sans différence significative. L'ETP peut donc avoir un rôle socialisant. Les données de la littérature sont mitigées sur les données socio démographiques. Graziani and al ont démontré que le sexe féminin et un haut degré d'obésité était associé à une plus forte participation à des programmes d'ETP (25). Dans l'étude de DeJong and Al, les non participants étaient plus souvent de sexe masculin et plus âgés que les participants avec une différence significative (18), alors que dans l'étude d'Adams and Al les non participants étaient plus souvent de sexe masculin et moins âgés (26). Schäfer and Al (14), et Tholenn and Al (27), ne retrouvent pas de différence concernant les critères socio démographiques entre les participants et les non participants.

d. Les données médicales :

Nos données concernant la durée d'évolution du diabète et le taux d'Hb1Ac entre les participants et les non participants ne retrouvent pas de différence significative, comme dans l'étude de Schäfer and Al (13).

Par contre nous n'avons pas retrouvé d'études comparant la durée d'évolution du diabète et le taux d'Hb1Ac entre les patients proposés et non proposés. Notre étude retrouve une différence significative dans la durée d'évolution du diabète. Les patients dont le diabète est récent (inférieur à 5 ans) reçoivent trois fois plus de proposition que ceux dont le diabète évolue depuis moins de 10ans. Par contre, au-delà de 10ans, il n'y a plus de différence, on retrouve autant de patients proposés que non proposés. Les médecins prescrivent donc plus l'ETP lors d'une découverte de diabète ou lorsque le diabète est ancien avec de probables complications. Les médecins proposent moins de programme d'éducation entre 5 ans et 10ans (nous pouvons émettre plusieurs hypothèses : patients moins aptes au changement, routine de prise en charge, craintes de redondance par rapport à une proposition antérieure ?...).

Encore une fois il semble qu'il existe une relative méconnaissance du contenu de l'ETP. Nous constatons une prescription plus importante à la découverte du diabète, puis lors de l'apparition des complications. Il nous semble pourtant qu'il faudrait renforcer la proposition d'ETP lors des phases de stabilité du diabète pour améliorer la qualité de vie du patient et si possible retarder l'apparition des complications.

CONCLUSION

L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques, dont le diabète de type 2, et pourtant le taux de participation des patients reste faible.

Notre étude visait à identifier les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 du pays de Remiremont de participer à un programme d'ETP à l'ESP.

Notre travail met en valeur 2 données primordiales. Premièrement les médecins ne proposent pas suffisamment l'ETP à leurs patients. 43% des patients de notre étude n'ont pas reçu de proposition de participer à une ETP. Secondairement, lorsque les médecins proposent à leurs patients de participer à une ETP, 47% s'y rendent.

Le taux de participation des patients à l'ESP a diminué depuis 2013. En 2012, l'ESP a délocalisé certains de ces ateliers à la maison médicale des Ballons au Thillot afin de permettre un accès plus aisé des patients à l'ETP. La remise en cause seule, des ateliers proposés à l'ESP, au faible taux de participation n'est pas suffisante. Il est donc fondamental d'informer ou réinformer les praticiens de l'existence de l'ESP, de l'efficacité de l'ETP dans les maladies chroniques, et de leur rôle primordial dans la prescription de l'ETP à leurs patients. Plus le médecin sera convaincant, plus le patient sera convaincu.

Néanmoins certains patients refusent malgré la prescription du médecin de se rendre à l'ESP. La première raison invoquée par 60% d'entre eux, est la maîtrise suffisante de leur diabète. Il est important de les encourager malgré tout à participer à ces programmes pour partager leur expérience et leur vécu de la maladie avec d'autres patients.

Il ne faut pas hésiter à relancer les patients ayant refusés de participer. En effet, selon le stade d'acceptation de la maladie, le patient est prêt à changer ses comportements de santé, incluant l'adhésion à un programme d'ETP.

ABREVIATIONS :

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques

ESP : Espace Santé du Pays

ETP : Education Thérapeutique du patient

BIBLIOGRAPHIE

1. la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires »(Art. L.1161-1 à L.1161-4).
2. Rapport OMS europe: « Therapeutic Patient Education ». 1998 mai.
3. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques. HAS-INPES. juin 2007;
4. Grange L, Allenet B. Principe et réalisation pratique de l'éducation thérapeutique du patient. Rev Rhum Monogr 80. 2013;146-51.
5. LAGGER G. efficacité de l'éducation thérapeutique. Rev Médicale Suisse. (5):688-90.
6. Ruppert K. Examining Patient Risk Factors, Comorbid Conditions, Participation, and Physician Referrals to a Rural Diabetes Self-management Education Program. Diabetes Educ. 2010;36(4):603-12.
7. Mandereau-Bruno L. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. BEH. nov 2014;(30-31).
8. OMS | Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale [Internet]. WHO. [cité 20 juin 2015]. Disponible sur:
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/
9. Fournier C. Etude ENTRED 2007-2010. Rapport concernant : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. 2011.
10. LACROIX A. Approche psychologique de l'éducation du patient: obstacles liés aux patients et aux soignants. Bull Educ Patient. déc 1996;15(3):78-86.
11. Lacroix A, Assal J-P. Accompagner les patients avec une maladie chronique: nouvelles approches. 2013.
12. LUCAS S. motifs de refus d'adhérer à un programme d'éducation thérapeutique. Etude qualitative au sein du réseau diabète MAREDIA à Evreux. faculté de médecine de Rouen; 2011.
13. Schäfer I, Küver C, Wiese B, Pawels M, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H. Identifying groups of nonparticipants in type 2 diabetes mellitus education. Am J Manag Care. juin 2013;19(6):499-506.
14. Bourit O. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale: une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. mai 2007;229-34.
15. Puder J. Quality of diabetes care: problem of patient or doctor adherence? Swiss Med Wkly. 2003;133:530-4.

16. Favé S. freins à la participation des patients en stade 3 de la maladie rénale chronique à l'éducation thérapeutique proposée en réseau de santé. *Néphrologie Thérapeutique*. 2014;10:112-7.
17. Dodge J. non participation of older adults in a heart disease self-management project. *Res Aging*. 1993;15:220-37.
18. De Jong Z, Munneke M, Jansen LM, Runday K, van Schaardenburg DJ, Brand R, et al. Differences between participants and nonparticipants in an exercise trial for adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 15 août 2004;51(4):593-600.
19. Site de l'IPCEM : www.ipcem.org.
20. Bihan H. Éducation des exclus et des migrants diabétiques. *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2007;1(3):76-9.
21. Beagley L. Educating Patients: Understanding Barriers, Learning Styles, and Teaching Techniques. *Am Soc PeriAnesthesia Nurses*. 2011;331-7.
22. Guide parcours de soins: Diabète de type 2 de l'adulte. HAS; 2014.
23. Ziegler O. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse: Synthèse et propositions. *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2015;9(1):80-7.
24. Lager G. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns*. 2010;(79):283-6.
25. Graziani C, Rosenthal MP, Diamond JJ. Diabetes education program use and patient-perceived barriers to attendance. *Fam Med*. mai 1999;31(5):358-63.
26. Adams. Factors Influencing Patient Completion of Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Spectr*. 2013;26(1).
27. Thoolen B, de Ridder D, Bensing J, Gorter K, Rutten G. Who participates in diabetes self-management interventions?: Issues of recruitment and retention. *Diabetes Educ*. juin 2007;33(3):465-74.
28. Ricci P, Blotière PO, Weill A. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *BEH*. 9 nov 2010;(42-43).

Annexe 1 :

$$n \geq \frac{z_{\alpha/2}^2 (1-P)}{\epsilon^2 P}$$

P est la proportion attendue dans la population

N est la taille de la population

ϵ est l'écart toléré à la proportion (en proportion de P)

$z_{\alpha/2}$ est lu dans la table de la loi normale centrée réduite, pour une valeur de α égale au risque d'erreur consenti

- Calcul de la taille de la population de diabétique de type 2 :

Population du pays de remiremont : 72 300 habitants

Prévalence du diabète de type 2 dans les Vosges : 4,6% (28)

N= 3326

- Epsilon = 8%
- $z_{\alpha/2}$: 1,96 car la distribution suit une loi normale

Annexe 2 : questionnaire

Bonjour,

Cette enquête est proposée aux patients diabétiques de type 2, dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine.

Le questionnaire est confidentiel et anonyme.

Vous trouverez ci-joint, une enveloppe timbrée afin de retourner le questionnaire une fois complété.

Pour des raisons de partenariat financier, l'adresse indiquée sur l'enveloppe est celle de la MSA (Mutualité Sociale Agricole). Mais tous les diabétiques sont invités à répondre au questionnaire, peu importe le régime social. Les données recueillies sont confidentielles et anonymes.

Merci de votre participation.

Julie RENAUD PORTA

1) Vous êtes :

- Un homme ☐ - Une femme ☐

2) Votre année de naissance :

3) Commune de domicile :

4) Quel est votre statut marital :

- Célibataire ☐
- Marié (e), pacsé (e), ou vivant en couple ☐
- Divorcé (e) ☐
- Veuf (vé) ☐

5) Quelle est votre situation professionnelle actuelle :

- En activité ☐
- Au chômage ☐
- A la retraite (ou en préretraite) ☐
- Homme ou femme au foyer ☐
- Etudiant ☐
- Autre ☐

6) Êtes-vous de nationalité française :

- Oui ☐ - Non ☐

7) Quelle est votre taille : ____ m ____ cm

8) Quel est votre poids actuel : ____ kg

9) Financièrement, dans votre foyer, diriez vous plutôt que :

- Vous n'avez pas de soucis financiers ☐
- Votre budget est équilibré ☐
- Vous y arrivez difficilement ☐
- Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes ☐

10) Quel est votre ressenti par rapport à votre diabète :

	Oui	Non
Vous vous sentez effondré(e) d'être devenu(e) diabétique	☐	☐
Vous ne vous considérez pas comme diabétique	☐	☐
Vous pensez qu'il existe des maladies plus graves	☐	☐
Vous ne comprenez pas pourquoi vous êtes devenu(e) diabétique	☐	☐
Vous acceptez une prise en charge mais sous certaines conditions	☐	☐
Vous ne vous sentez plus bon à rien	☐	☐
Vous vous considérez comme une victime	☐	☐
Vous pensez qu'il existe des choses plus importantes	☐	☐
Vous vivez avec votre maladie (et non pas malgré)	☐	☐

11) Votre diabète évolue depuis :

- Vous ne savez pas ☐
- Moins de 5 ans ☐
- Moins de 10 ans ☐
- 10 ans ou plus ☐

12) Résultat de votre dernière hémoglobine glyquée (Hb1Ac) :

- Vous ne savez pas ☐
- Moins de 7% ☐
- Moins de 8% ☐
- Moins de 9% ☐
- 10% ou plus ☐

13) Vous a-t-on déjà proposé une prise en charge à l'Espace Santé du Pays de Remiremont pour une éducation thérapeutique, pour votre diabète :

- Oui ☐ - Non ☐

Si votre réponse est NON, ne pas répondre aux questions suivantes

14) Si oui, qui vous l'a proposée :

- Votre médecin traitant, ou son remplaçant ☐
- Un diabétologue ☐
- Un médecin lors d'un séjour hospitalier ☐

15) Suite à cette proposition, vous êtes vous rendu(e) à l'Espace Santé du Pays de Remiremont :

- Oui ☐ - Non ☐

Si votre réponse est OUI, ne pas répondre à la question suivante

16) Si vous n'avez pas pris contact, quels en sont les motifs principaux :

	oui	non
Vous ne vous sentez pas prêt(e)	☐	☐
Vous ne savez pas où les locaux se situent	☐	☐
Vous ne souhaitez pas modifier vos habitudes	☐	☐
Distance géographique trop éloignée	☐	☐
Vous n'avez pas besoin d'information sur votre diabète	☐	☐
Votre médecin ne vous a pas convaincu(e)	☐	☐
Vous n'avez pas compris ce qu'était l'éducation thérapeutique	☐	☐
Les horaires et les jours d'ouverture sont inadaptés	☐	☐
Vous pensez maîtriser votre diabète	☐	☐
L'accès à la structure est difficile (exemple : parking)	☐	☐
Ce n'est pas une obligation	☐	☐
Vous ne disposez pas de moyens de transports	☐	☐
Vous ne vous considérez pas comme diabétique	☐	☐

Merci de votre participation

Annexe 3

Vous trouverez ci-joint les questionnaires et enveloppes affranchies à remettre à 10 de vos patients diabétiques de type 2, que vous leur ayez proposé ou non de se rendre à l'Espace Santé de Remiremont et qu'ils s'y soient rendus ou non.

Le questionnaire est à distribuer en consultation à votre cabinet.

Les patients le remplissent en dehors de la consultation et le postent une fois complété.

Pour des raisons de partenariat financier, l'adresse sur l'enveloppe affranchie est celle de la MSA.

Pour les médecins collaborateurs, vous pouvez remettre le questionnaire aux patients diabétiques de type 2, même si vous n'êtes pas le médecin traitant déclaré.

Une fois les questionnaires distribués, merci de m'en avertir par mail ou téléphone :

- julie.porta@hotmail.fr

-06.73.64.05.35

Merci de votre participation.

Julie RENAUD-PORTA

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Contexte: L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante des soins des patients souffrant d'une pathologie chronique. L'efficacité de l'ETP est clairement démontrée, néanmoins le taux de participation des patients reste faible. Cette étude a pour objectif d'étudier quels sont les motifs de refus des patients diabétiques de type 2 du pays de Remiremont de participer à un programme d'ETP à l'Espace Santé du Pays (ESP) de Remiremont.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale par auto-questionnaire, distribué par 20 médecins généralistes du Pays de Remiremont, tirés au sort, à 10 de leurs patients diabétiques de type 2. Le questionnaire est composé de trois parties : les caractéristiques socio démographiques, le diabète du patient, et l'ETP.

Résultats: 109 patients ont répondu au questionnaire. 43% déclarent ne pas avoir reçu de proposition par leur médecin de participer à un programme d'ETP. 47% ont participé à un programme d'ETP suite à une proposition par leur médecin. Le principal motif de refus déclaré par 60% des patients est la maîtrise de leur diabète.

Conclusion: Le faible taux de participation à l'ESP peut être expliqué par une prescription insuffisante des médecins à leurs patients. Le médecin a un rôle décisif pour convaincre le patient de participer. Il faut renforcer l'importance de l'ETP auprès des médecins et rappeler l'existence de l'ESP.

TITRE EN ANGLAIS :

What are the reason for refusal of type 2 diabetic patient to take part in education patient in a care center at Remiremont ?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS :

Education thérapeutique du patient
Diabète de type 2
Médecine générale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex