

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'APPROCHE DE SOINS  
CENTRÉE SUR LE PATIENT EN CONTEXTE DU TRAITEMENT DES PATIENTS  
ATTEINTS DU DIABÈTE DE TYPE 2

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR  
ALEXANDRA LALONDE

JUILLET 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## AVANT-PROPOS

Occupant un emploi depuis neuf ans dans une pharmacie jumelée à une clinique médicale comme assistante technique en pharmacie et aide au personnel soignant, j'ai développé un grand intérêt pour le domaine de la santé ainsi que pour les multiples problématiques qui l'entourent. Constamment amenée à travailler avec une clientèle « malade » très diversifiée ainsi qu'à collaborer avec différents professionnels de la santé (pharmaciens, médecins généralistes et médecins spécialistes), je me suis tout particulièrement intéressée à la communication interpersonnelle et organisationnelle en matière de santé, et plus précisément, à la dynamique de la relation médecin-patient ainsi qu'aux interventions liées à l'éducation, à la promotion/prévention et à la protection de la santé. Étant passionnée par ce domaine, j'ai décidé de l'explorer dans le cadre de mon mémoire de recherche en communication.

Avec une hausse considérable du nombre de patients diabétiques de type 2 au Québec, je suis souvent amenée, dans le cadre de mon travail, à faire la promotion des soins diabétologiques en collaboration avec le pharmacien. Étant proche des patients et sensible à leurs besoins ainsi qu'à leur bien-être, j'ai pu observer que de nombreux patients atteints par cette maladie chronique ne semblent pas concevoir l'ampleur de cette maladie et maîtrisent mal les soins pharmacologiques prescrits par leur médecin. Ainsi, la problématique qui a retenu mon attention pour mon mémoire de recherche est la communication interpersonnelle entourant le diabète de type 2.

Outre les patients diabétiques de type 2, qui ont marqué mon intérêt pour ce sujet de recherche, d'autres acteurs significatifs ont influencé mon parcours. En effet, un travail de recherche ne se fait pas seul. C'est l'action concertée de plusieurs personnes qui assure le succès d'un tel projet. Ainsi, ce mémoire de recherche est le fruit de belles collaborations, et n'aurait pu être ce qu'il est aujourd'hui sans le soutien et la participation de personnes qui sont

pour moi, chacune à leur façon, très importantes et à qui je veux souligner ma reconnaissance. À vous tous, je vous dois la réalisation de ce mémoire que je vous dédie.

Je tiens d'abord à remercier de tout cœur ma directrice de recherche, la professeure Christine Thoër, qui m'a épaulée par de judicieux conseils et qui a guidé ma plume de manière experte. Merci de votre patience, de votre confiance, de votre générosité, du respect de mon rythme de travail, de votre bienveillance, de vos mots d'encouragement continuels, d'avoir cru en moi, de m'avoir aidée à chasser le doute, de votre enthousiasme envers ce projet de recherche, de votre passion contagieuse pour le domaine de la communication pour la santé et d'avoir fait en sorte que je me dépasse. Je n'aurais pas pu espérer une meilleure mentor. Vous avez toute ma reconnaissance!

Mes remerciements vont également aux professeures Catherine Gail Montgomery et Lise Renaud d'avoir accepté de siéger sur le jury, pour leurs conseils et leur intérêt pour ce projet de recherche.

Je remercie la Fondation de l'Université du Québec à Montréal pour les quatre bourses d'excellence dont j'ai bénéficié au cours de mes études à la maîtrise.

Un grand merci à tous les médecins généralistes participants qui ont eu la généreuse disponibilité de me consacrer un peu de leur temps, sans quoi cette étude n'aurait pas été possible.

J'aimerais aussi remercier mes amis, vous savez qui vous êtes, de m'avoir écoutée, soutenue et rassurée pendant ce travail de longue haleine. Merci également pour votre amitié inconditionnelle, votre sens de l'humour, qui a toujours su me faire retrouver le sourire dans les moments les plus difficiles, et votre présence qui remplit ma vie de continuel bonheur.

Enfin, me voilà sans mot pour maintenant célébrer l'ampleur de ma reconnaissance à l'égard de ma famille. Maman et papa, merci de m'avoir entourée de votre amour et de vos

encouragements, de la fierté que vous me témoignez, de m'avoir soutenue tout au long de ce travail et d'avoir été si patients. Merci d'être aussi présents et disponibles pour moi.

À mon frère, merci pour ta confiance en mes capacités, tes encouragements et la fierté que tu me témoignes à ta façon. Tu me donnes raison de persévérer et de me surpasser.

À mon papi, un pharmacien exceptionnel, qui m'a transmis son amour de venir en aide à ceux qui sont malades et qui m'a permis d'en apprendre davantage sur les diverses problématiques en santé, tout en me faisant profiter de ses connaissances, un énorme merci. Tu me donnes envie de pousser plus loin.

Enfin, à vous tous qui avez accepté de me voir encore moins dans les derniers mois de cette belle aventure, je vous remercie de m'avoir toujours encouragée et d'avoir cru en moi, parfois plus que moi-même. Votre amour, votre soutien, votre écoute et vos encouragements sont imprégnés dans ce mémoire.

**À vous tous, le plus sincère des mercis!**

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS .....	ii
LISTE DES FIGURES .....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	xii
RÉSUMÉ .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	5
1.1 Le diabète de type 2 et sa prévalence au Québec.....	5
1.2 La prise en charge des patients diabétiques de type 2.....	7
1.3 La place du médecin généraliste dans la prise en charge du diabète de type 2.....	8
1.4 La communication interpersonnelle dans la relation de soins .....	9
1.5 Des modèles de soins centrés sur le patient .....	10
1.5.1 L'approche centrée sur le patient (ACP) .....	11
1.6 Les facteurs affectant la pratique clinique des médecins généralistes et la relation médecin-patient.....	13
1.6.1 Des pratiques cliniques variant selon les caractéristiques des médecins .....	14
1.6.2 La variation de la pratique clinique en fonction de l'organisation des soins .....	14
1.7 Les représentations des médecins à l'égard de la maladie et des traitements .....	16
1.8 Les questions de recherche .....	17
1.9 La pertinence communicationnelle, scientifique et sociale de la recherche.....	18
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL .....	20
2.1 La relation médecin-patient et la place jouée par la communication .....	20
2.1.1 La définition de la relation médecin-patient .....	21
2.1.2 L'évolution des modèles relationnels de soins et du rôle du médecin.....	22
2.1.3 L'importance d'une relation médecin-patient de qualité .....	24

2.1.4 La communication dans la relation médecin-patient .....	25
2.2 Le modèle de soin de l'approche centrée sur le patient .....	27
2.2.1 La définition de l'approche centrée sur le patient.....	28
2.2.2 La relation médecin-patient dans l'approche centrée sur le patient.....	31
2.2.3 L'approche centrée sur le patient dans le traitement des maladies chroniques.....	33
2.2.4 L'efficacité de l'approche centrée sur le patient.....	35
2.2.5 Les défis dans la relation de soins centrée sur le patient .....	38
2.3 Les représentations sociales.....	39
2.3.1 La définition des représentations sociales.....	39
2.3.2 Les représentations sociales : un guide pour l'action .....	41
2.3.3 Les représentations sociales en santé.....	43
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	46
3.1 La méthodologie employée.....	46
3.1.1 La méthode de collecte de données .....	47
3.1.2 Le guide d'entretien.....	47
3.2 Les caractéristiques de l'échantillon .....	49
3.2.1 Les variables sociodémographiques .....	50
3.2.2 Les milieux de pratique.....	52
3.2.3 Diversification des données et saturation des catégories à l'étude.....	53
3.3 Les modalités de recrutement des participants.....	54
3.4 Le déroulement de l'entretien .....	56
3.5 Le contexte de l'entretien.....	57
3.6 L'analyse thématique.....	58
3.7 La validité des résultats et la fiabilité des techniques .....	60
3.8 Les considérations éthiques .....	61
3.8.1 L'anonymat et la confidentialité des données.....	61
3.8.2 Les risques pour les participants et les précautions prévues.....	62
CHAPITRE IV	
ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS ET DES PRATIQUES DE SUIVI DES	
MÉDECINS GÉNÉRALISTES AUPRÈS DE LEURS PATIENTS DIABÉTIQUES DE	
TYPE 2 .....	64

4.1 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de la maladie du diabète de type 2 .....	64
4.1.1 Les principales caractéristiques du diabète de type 2 .....	65
4.1.2 Les impacts du diabète de type 2 sur la qualité de vie du diabétique .....	67
4.1.2.1 À court terme, une maladie asymptomatique ou peu symptomatique .....	67
4.1.2.2 Des conséquences qui peuvent être graves à long terme .....	68
4.1.3 L'explosion du nombre de patients diabétiques de type 2 selon les médecins généralistes .....	70
4.1.3.1 Les causes de l'augmentation du nombre de diabétiques de type 2 .....	70
4.1.3.2 Les impacts de l'augmentation du nombre de personnes atteintes du diabète de type 2.....	72
4.1.4 L'importance de la prévention du diabète de type 2.....	73
4.2 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de leur clientèle diabétique de type 2.....	75
4.2.1 Le profil socioéconomique des patients diabétiques de type 2.....	75
4.2.2 Le patient diabétique de type 2 : une personne en surpoids ou obèse .....	78
4.2.3 L'adhérence thérapeutique du patient diabétique de type 2.....	79
4.2.4 Le patient diabétique : une personne peu ou mal informée sur sa maladie.....	81
4.3 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de leur rôle dans la prise en charge du diabète de type 2.....	84
4.4 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de la responsabilité du patient dans la prise en charge de son diabète de type 2.....	85
4.5 Les représentations des guides de pratique clinique chez les médecins généralistes.....	86
4.6 Les représentations des médecins généralistes à l'égard des pratiques de soins centrées sur le patient dans le traitement du diabète de type 2 .....	89
4.7 Les représentations de la communication dans la relation de soins.....	91
4.8 Les pratiques de suivi des médecins généralistes à l'égard des patients diabétiques de type 2.....	93
4.8.1 La séquence des rendez-vous de suivi du patient diabétique de type 2 .....	94
4.8.2 Responsabiliser le patient diabétique de type 2 dans la prise en charge de sa maladie .....	95
4.8.3 Adopter une approche de traitement personnalisée et progressive .....	97
4.8.4 Encourager et travailler de pair avec le patient dans sa démarche de prise en charge du diabète de type 2.....	98

4.8.5 Informer le patient diabétique de type 2 au sujet de sa maladie, des seuils et des pratiques concrètes de prise en charge .....	100
4.8.6 Offrir une écoute et communiquer avec le patient diabétique de type 2.....	101
4.8.7 La « négociation » dans la relation de soins .....	103
4.8.8 Le recours à différents professionnels de la santé dans la pratique du traitement du diabète de type 2.....	104
4.8.9 Les outils utilisés par les médecins généralistes dans leur pratique du traitement du diabète de type 2.....	107
4.9 L'utilisation des guides de pratique clinique par les médecins généralistes dans le traitement du diabète de type 2 .....	109
CHAPITRE V	
DISCUSSION.....	114
5.1 Une vision des médecins généralistes centrée sur les facteurs de risques individuels de la maladie du diabète de type 2 .....	114
5.2 Des incohérences entre les représentations sociales des médecins généralistes et leurs pratiques de soin.....	117
5.2.1 La pratique de la « négociation » dans la relation de soins.....	118
5.2.2 Des représentations des traitements de la maladie du diabète de type 2 des médecins généralistes ne concordant pas avec celles des patients atteints.....	119
5.3 La pratique de soins des médecins généralistes : une pratique centrée sur le patient .....	120
5.4 La non-adhésion des médecins généralistes aux <i>Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD</i> .....	123
CONCLUSION.....	131
APPENDICE A	
GUIDE D'ENTRETIEN .....	139
APPENDICE B	
VIGNETTE CLINIQUE.....	143
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	145
APPENDICE D	
CERTIFICAT D'ACCOMPLISSEMENT ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS .....	148
APPENDICE E	
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	149
APPENDICE F	
EXEMPLE DE BOÎTE DE « CONSEILS PRATIQUES » POUR LE PATIENT DIABÉTIQUE .....	154

APPENDICE G	
OUTIL DE SOUTIEN AUX PATIENTS « LE DIABÈTE ET LE SOIN DES PIEDS : AIDE-MÉMOIRE DU PATIENT » .....	156
BIBLIOGRAPHIE .....	158

## LISTE DES FIGURES

Figure	Page
5.1 Obstacles à l'adoption des guides de pratique chez les médecins en relation avec le changement de comportement .....	126

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1	Exemples d'objectifs de soins tirés des <i>Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD</i> .....	34
3.1	Caractéristiques générales des répondants .....	50
3.2	Lieux de pratique actuels des médecins généralistes participants.....	52

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACD	Association canadienne du diabète
ACP	Approche centrée sur le patient
CCASS	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
DICE	<i>Diabetes In Canada Evaluation</i>
DQ	Diabète Québec
DT2	Diabète de type 2
FID	Fédération internationale du diabète
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
OMA	Ontario Medical Association
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec

## RÉSUMÉ

De nombreuses études sur les représentations de la maladie et de la santé mettent en évidence le rôle qu'elles jouent dans la relation de soins. Or, ces recherches portent principalement sur les représentations des patients. Rares sont celles qui se sont intéressées aux représentations des soignants. L'objectif de cette recherche est d'explorer les représentations des médecins généralistes à l'égard du diabète de type 2 (DT2), des patients vivant avec cette maladie, de la place de la communication dans la relation de soins, du rôle respectif des protagonistes de la relation de soins, de l'approche centrée sur le patient (ACP) pour suivre des patients diabétiques de type 2 et des guides cliniques. Nous nous sommes également intéressée à saisir l'expérience de ces médecins avec leurs patients diabétiques de type 2.

Le cadre conceptuel de notre recherche s'appuie sur trois notions centrales, appliquées à notre problématique de recherche, soit la relation médecin-patient, le modèle de soins de l'ACP et les représentations sociales.

Pour cerner les représentations et les pratiques des médecins, nous avons privilégié une approche qualitative et avons réalisé des entrevues semi-dirigées auprès de sept soignants travaillant en clinique privée et rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Nous avons procédé à une analyse thématique des données, mettant l'accent sur les récurrences et les divergences dans les discours des médecins.

Nos résultats montrent que le DT2 est davantage considéré par les médecins généralistes sous l'angle de la contrainte quotidienne à long terme, de la chronicité routinière, de la gravité du fait de ses complications et de son aspect multisystémique. Des déterminants individuels sont principalement relevés par les médecins pour expliquer la progression du nombre de patients diabétiques de type 2. Les médecins dressent pour la plupart, un portrait du diabétique de type 2 globalement peu flatteur, ce dernier étant principalement présenté comme étant obèse, peu ou mal informé sur sa maladie, non-observant, manquant d'intérêt et de temps par rapport à sa santé et peu concerné par les risques associés à cette maladie parce qu'il se pense invincible ou éternel. Nos résultats soulignent que les représentations des médecins à l'égard de leur rôle varient selon les besoins des patients et les phases de sa maladie. Par ailleurs, ils attribuent au patient diabétique une grande part de responsabilité dans la prise en charge du DT2 et dans l'éducation sur sa maladie. En ce qui concerne les représentations des pratiques de soins de l'ACP dans le traitement du DT2, les médecins insistent sur la pluridisciplinarité des acteurs dans la relation de soins, l'importance d'informer le patient sur sa maladie et ses traitements, de s'adapter à la réalité du patient au cours de ses traitements ainsi que de l'impliquer dans la relation de soins. Ils soulignent par contre que ce type d'approche exige une grande disponibilité du médecin en termes de temps et d'accessibilité pour le patient. Ces représentations sont globalement cohérentes avec les pratiques de suivi des médecins généralistes à l'égard des patients diabétiques de type 2, même si l'on observe certaines

variations selon les médecins, notamment en ce qui concerne l'implication exigée du patient dans la relation de soins et un certain manque d'adaptation à la réalité du patient. Les efforts de communication des médecins avec les patients diabétiques visent essentiellement à informer le patient sur sa maladie, la prise en charge et les complications possibles, à responsabiliser le patient à l'égard de la prise en charge de sa maladie, à donner des conseils concrets, à proposer un traitement progressif, à offrir une approche personnalisée, c'est-à-dire adaptée aux particularités du patient, à prioriser une prise de décision partagée dans le traitement ainsi que le recours à différents professionnels de soins et à une variété d'outils d'aide au suivi (monitoring) de la maladie. Ces pratiques sont globalement cohérentes avec les représentations des médecins généralistes à l'égard de l'ACP. Ainsi, il apparaît que bien que les médecins ne fassent pas explicitement référence à l'ACP, ils en ont adopté plusieurs des principes. Certaines améliorations semblent toutefois nécessaires en ce qui concerne le partenariat entre le soignant et le soigné. À cet égard, les médecins se doivent d'offrir une approche adaptée aux particularités du patient. De plus, il serait nécessaire qu'ils prennent conscience des bénéfices de l'ACP, tant sur la santé du patient que sur leur pratique de soins.

Mots clés : médecin généraliste, représentations sociales, diabète de type 2, patient diabétique, approche de soins centrée sur le patient, relation médecin-patient

## INTRODUCTION

Le Québec est confronté depuis les dernières années à une hausse considérable du nombre de personnes atteintes du diabète de type 2 (DT2) (Diabète Québec (DQ), 2009a). De nombreux articles scientifiques affirment que plusieurs patients atteints par cette maladie chronique ne semblent pas ou peu s'en préoccuper, accordent peu d'importance à sa prise en charge et aux traitements et sous-estiment les impacts de ses complications futures, et ce pour de multiples raisons (PR Newswire, s.d.; DQ, 2009 b; Ludford *et al.*, 2012, Avantages, 2014). De plus, diverses recherches illustrent que plusieurs de ces malades maîtrisent mal les soins et répondent mal aux interventions qui leur sont proposées par leur médecin (Association canadienne du diabète (ACD), 2008; Paquot, 2010; American Diabetes Association cité dans Mednet, 2007; Avantages, 2014). Or, si cette maladie n'est pas prise en charge correctement, elle peut engendrer des effets négatifs sur la qualité de vie et entraîner diverses complications pour la santé du patient (DQ, 2009a). Il est donc primordial de convaincre les patients atteints du DT2 de l'importance de prendre en charge leur diabète. Et sur ce plan, le médecin de première ligne peut jouer un rôle particulier (Maxted, Padmos et Watkins, 2007).

Le traitement des maladies chroniques fait aujourd'hui l'objet de nombreuses heures d'enseignement au cours des études médicales au Québec, et tout médecin y est confronté au cours de sa carrière (Fortin et Goulet, 2012). L'adhésion au traitement est un enjeu de santé publique, dans la mesure où elle permet de réduire les facteurs de morbidité et de mortalité, qui y est étroitement liée. De manière générale, elle se manifeste par un ensemble de comportements, qui peut englober la simple prise d'un traitement médicamenteux, mais aussi l'ensemble des régimes prescrits ainsi que les comportements sains adoptés par les patients, tels que se rendre au rendez-vous médical, avoir une alimentation saine, faire de l'exercice physique, adopter un style de vie sain, etc. (Blackwell; Brown et Fitzpatrick; Myers et Midence, cités dans Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005). L'observance est donc un comportement, c'est-à-dire l'acte de suivre le traitement prescrit. Il s'agit de la partie visible,

objectivable et mesurable de cette pratique de soin (Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005). Pour obtenir des patients une observance des règles hygiéno-diététiques et du traitement prescrit, condition nécessaire au contrôle de la maladie, une approche de soins centrée sur le patient est présentée comme un levier puissant à la disposition des médecins traitants (Côté et Hudon, 2005). Cette approche peut cependant être complexe à mettre œuvre. Outre l'assimilation de certaines techniques de soin, elle nécessite que le médecin et son patient réfléchissent chacun à leurs représentations et à leurs comportements (Fournier et Kerzanet, 2005).

Avec le développement de l'anthropologie de la santé, plusieurs recherches ont été menées sur le patient diabétique et ses représentations de la maladie (Bourdon, 2012; Desplats, 2007; Ambroselli, 2005). Ces études soulignent notamment l'importance de la relation médecin-patient, sans toutefois fournir d'informations précises sur les représentations du corps médical à l'égard du DT2, des patients atteints de cette maladie chronique et de leur pratique de soins auprès de cette clientèle.

Des études montrent que certains médecins se plaignent de l'inertie de leurs patients et de certains problèmes d'observance et qu'ils jugent que le DT2 est une maladie dévastatrice et complexe (Reach, 2007; Pemberton, 2014). On peut donc se demander comment ces représentations affectent l'investissement du médecin dans le processus de soins centré sur le patient.

À travers ce mémoire de recherche, nous souhaitons explorer les représentations et les pratiques de soins des médecins généralistes<sup>1</sup> en ce qui concerne l'approche de soins centrée sur le patient (ACP) lorsqu'il s'agit de patients diabétiques de type 2. L'objectif de ce mémoire est d'explorer, au moyen d'entrevues qualitatives semi-structurées, le système de représentation des médecins généralistes à propos du patient diabétique de type 2 et de sa pathologie, afin de déterminer dans quelles prédispositions ces derniers se trouvent pour suivre un malade.

---

<sup>1</sup>D'autres appellations de l'emploi, comme omnipraticien et médecin de famille, sont également utilisées dans la littérature (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013).

Dans une première partie, quelques données épidémiologiques concernant la prévalence du DT2 au Québec et au Canada, ainsi que les résultats d'une récente étude, intitulée *Diabetes In Canada Evaluation* (DICE), sur la prise en charge des diabétiques au Canada seront présentés. Nous aborderons ensuite la relation soignant-soigné, et notamment la place du médecin généraliste dans la prise en charge du DT2, la communication dans la relation de soins ainsi que les facteurs affectant la pratique clinique des médecins et la relation médecin-patient. Puis, nous présenterons un modèle de soins, soit celui centré sur le patient, fortement conseillé pour le traitement et le suivi du DT2 au XXI<sup>e</sup> siècle (Beaglehole et Lefèbvre, 2005). Ceci nous conduira à établir notre objectif général de recherche et les questions spécifiques qui s'y rattachent. Nous concluons ce chapitre en justifiant la pertinence de notre projet de recherche.

Dans notre deuxième chapitre, nous explorerons les diverses notions théoriques qui nous mèneront à construire un modèle *a priori* d'analyse. Pour ce faire, nous mettrons l'accent sur trois concepts-clés : la relation médecin-patient, l'ACP et les représentations sociales. Ces différentes notions théoriques seront abordées et définies avec le souci de les appliquer à notre problématique de recherche.

Ce travail nous conduira, au troisième chapitre, à présenter la méthodologie et les démarches de recherche utilisées. Ainsi, nous discuterons de la méthode de recherche retenue, soit la recherche qualitative, et la méthode de collecte de données choisies, qui est l'entretien semi-dirigé. Nous préciserons ensuite notre grille d'analyse ainsi que les différentes étapes du traitement des données recueillies et présenterons les considérations éthiques de la recherche.

Le quatrième chapitre sera consacré à l'analyse du corpus des représentations des médecins généralistes de la maladie du DT2, de leur clientèle diabétique de type 2, de leur rôle dans la prise en charge du DT2, de la responsabilité du patient dans la prise en charge de son DT2, des guides de pratique clinique, des pratiques de soins centrées sur le patient dans le traitement du DT2 et de la communication dans la relation de soins. Puis, nous présenterons les pratiques de suivi des médecins généralistes à l'égard des patients diabétiques de type 2 ainsi que leur utilisation des guides de pratique clinique dans le traitement du DT2.

La discussion de ces résultats fera l'objet d'un cinquième chapitre où nous examinerons l'articulation entre les représentations des médecins généralistes et leurs pratiques de soins auprès de leurs patients diabétiques de type 2. De plus, nous analyserons l'utilisation des guides de pratique clinique chez cette clientèle.

Nous concluons ce mémoire en présentant une synthèse des apports de la recherche ainsi que les limites de la recherche et annoncerons certaines pistes de recherche à approfondir.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Avant de poser notre question de recherche et d'exposer sa pertinence, nous dresserons d'abord un portrait global de la problématique du DT2 au Québec et au Canada, et montrerons son importante croissance au Québec et par le fait même, l'urgence d'agir. Cette mise en contexte permettra surtout de cerner les enjeux associés à la hausse du nombre de patients diabétiques, à leur prise en charge par le médecin, à la relation de soins ainsi qu'aux représentations des médecins concernant le diabète, les patients diabétiques et la relation de soins.

#### 1.1 Le diabète de type 2 et sa prévalence au Québec

Les plus récentes données dans la littérature médicale montrent que le DT2 est une maladie chronique évolutive très grave dont le traitement est complexe. En fait, le DT2, également appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète gras, est un trouble métabolique de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres apportés par l'alimentation (DQ, 2009a). Il se manifeste « lorsque le pancréas ne sécrète pas suffisamment d'insuline, [une hormone qui permet au glucose (sucre) contenu dans les aliments d'être utilisé par les cellules du corps humain (DQ, 2010)], et lorsque l'organisme n'utilise pas adéquatement l'insuline qu'il produit » (Agence de la santé publique du Canada, 2012)<sup>2</sup>. Conséquemment, la personne se

---

<sup>2</sup> Consulté en ligne le 6 mars 2013 (pas de pagination).

retrouve avec un excès chronique de sucre dans le sang, plus communément appelé l'hyperglycémie. C'est dans ce type de circonstance que le glucose ne réussit plus à servir de « carburant » aux cellules du corps humain et que son état de santé peut devenir problématique (DQ, 2009a). Une fois un traitement institué, vivre avec une maladie chronique, comme le DT2, nécessite de la part du patient

un ensemble d'aménagements qui vont de la connaissance de la maladie et de son traitement à des compétences d'auto-observation, d'auto-surveillance et d'auto-adaptation du traitement en fonction des circonstances mêmes de sa vie (Traynard et Gagnayre, 2001, p.48).

Le DT2 affecte 90 à 95 % des personnes diabétiques. Il touche généralement, des personnes âgées de plus de 40 ans, mais commence à être de plus en plus observé chez les enfants et les adolescents ayant un surpoids important (DQ, 2009a). En effet, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'expansion des environnements obésogènes, au cours des dernières décennies, occasionnent davantage de cas d'obésité au sein de la population et une progression inquiétante du DT2 au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord et dans d'autres pays du monde (Beaglehole et Lefebvre, s.d.; DQ, 2009a; Hawkes cité dans Fédération Internationale du Diabète (FID), 2011.).

Selon les données les plus récentes (qui datent de 2013), on estime que 382 millions de personnes étaient diagnostiqués diabétiques dans le monde (FID, 2014), dont 9 millions au Canada (Statistique Canada cité dans Saint-Pierre *et al.*, 2011). Si la tendance se maintient, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit que le nombre de personnes diabétiques doublera d'ici l'an 2025, faisant de cette maladie la nouvelle épidémie et une préoccupation de santé publique à l'échelle internationale (DQ, 2009a; FID, 2011). À l'échelle provinciale, le Québec compte 760 000 personnes diabétiques, parmi lesquelles environ 200 000 ignorent leur état (DQ, 2009a). Les experts estiment que d'ici 20 ans, le nombre de Québécois souffrant de diabète s'élèvera à plus de 1 million (Langlois cité dans DQ, 2009a). Bref, la menace que représente le DT2 pour la santé des individus et son poids sur le système de santé

québécois augmentent constamment, et cela ne tient pas compte des incidences de la maladie sur le développement économique et social du Québec (ACD et DQ, 2011).

## 1.2 La prise en charge des patients diabétiques de type 2

Lorsque le diabète est diagnostiqué, il doit être rapidement pris en charge, comme le montre l'étude DICE, la plus vaste étude canadienne réalisée à ce jour, dont l'objectif était d'évaluer, en 2005, les soins dispensés aux personnes diabétiques dans le contexte de la médecine familiale. Les résultats de l'étude DICE révèlent que près de la moitié des personnes diabétiques de type 2 ont un taux de glycémie qui n'est pas contrôlé. En effet, seulement 38 % des personnes diagnostiquées diabétiques depuis au moins 15 ans « maîtrisent » la maladie. Or, le « fardeau » de la maladie s'alourdit au fur et à mesure que le diabète évolue, les chercheurs ayant observé une détérioration importante de l'état de santé des diabétiques non traités.

De plus, le diabète est l'une des principales causes de décès par maladie. En effet, la majorité des personnes atteintes développent des maladies concomitantes et des complications. Les résultats de cette étude montrent également que la prévalence des comorbidités et des complications augmente de façon proportionnelle à la durée de la maladie. Ces affections et complications graves influent souvent sur la qualité de vie des malades et peuvent même s'avérer fatales.

Par ailleurs, les chercheurs mettent en évidence l'existence d'un décalage entre le niveau de connaissances et la pratique courante des médecins généralistes. Bien que ceux-ci possèdent une bonne connaissance des valeurs glycémiques cibles et soient conscients de la nécessité d'offrir un traitement plus intensif aux patients dont le diabète est mal maîtrisé, ils ne le proposent pas toujours. Les résultats de l'étude DICE semblent ainsi indiquer qu'ils devraient être « plus énergiques » dans la mise en pratique des démarches thérapeutiques. Pour conclure, les chercheurs recommandent que les professionnels de la santé, les patients et les organismes publics travaillent de concert à une meilleure prise en charge du DT2 (DQ,

2009 b). Cette maladie présente donc aujourd'hui de nombreux défis, tant pour le corps médical que pour les patients.

Comme nous le verrons dans la partie suivante, le rôle du médecin est déterminant pour favoriser la mise en route d'un traitement rapide et efficace du DT2. La littérature scientifique semble toutefois indiquer que les actions des professionnels de la santé sont encore insuffisantes et laissent place à l'amélioration (Côté et Hudon, 2005; Harris *et al.*, 2003). Il est donc important de mieux comprendre les pratiques de ces professionnels de la santé.

### 1.3 La place du médecin généraliste dans la prise en charge du diabète de type 2

La première ligne de soins, occupée, entre autres, par les médecins généralistes, joue un rôle primordial pour assurer une prise en charge de qualité du DT2 (DQ, 2009a). Au Canada, 77 % des patients diabétiques sont pris en charge par leur médecin généraliste. La référence au spécialiste se justifie seulement pour les cas difficiles ou parfois, pour les nouveaux patients diagnostiqués, qui peuvent être par la suite redirigés vers leur médecin généraliste (Harris *et al.*, 2003).

En plus d'offrir des soins aigus et continus à chacun de leurs patients, les médecins généralistes assurent la prise en charge, le suivi, la synthèse, la coordination et également l'éducation des patients (Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), 2005). Cela est toutefois loin d'être évident, car tout projet de soins concernant une affection de longue durée, comme le DT2, implique de la part du patient une prise de conscience, une motivation à s'engager dans une démarche de soins et l'adoption de nouveaux comportements de santé (Consoli, 2004). Or, cette « prise de conscience, motivation et engagement ne vont jamais "de soi" et supposent un véritable travail de maturation psychique chez le patient, et un travail non moins laborieux et créatif, chez le médecin » (Consoli, 2004, p.21).

Afin d'assurer cette prise en charge, les médecins généralistes ont pour référence différents modèles de soins, notamment celui centré sur le patient. Ils sont également invités à s'appuyer sur des données probantes et pertinentes, telles que les guides de pratique clinique ou médicale, par exemple, les recommandations spécifiques des *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* pour le traitement de patients diabétiques (DQ, 2009a). Ces guides de pratique clinique ou guides de pratique médicale sont des « énoncés systématiques conçus pour aider les médecins et les patients à prendre, au sujet des soins de santé, des décisions appropriées dans des circonstances cliniques précises » (Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines cité dans Clar, 2014<sup>3</sup>). Ceux-ci ont pour but d'améliorer la qualité des soins, diminuer les variations dans les pratiques et optimiser l'utilisation des ressources. Autrement dit, les guides de pratique apparaissent comme un outil facile à utiliser qui s'appuie sur une importante expertise scientifique (Clar, 2014). Enfin, il est important de souligner que les médecins généralistes ne suivent et ne respectent pas nécessairement ces guides de pratique clinique, et ce pour différentes raisons que nous présenterons plus loin (Harris *et al.*, 2003).

#### 1.4 La communication interpersonnelle dans la relation de soins

Les chercheurs travaillant sur les pratiques médicales soulignent l'importance que joue la communication dans la relation de soins (Richard et Lussier, 2005b). Dans ce contexte, la communication est d'un type particulier et occupe une place centrale dans la pratique clinique (Silverman, Kurtz et Draper, 2010). En effet, c'est elle qui « donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité » (Société française d'anesthésie et de réanimation citée dans Mantz et Wattel, 2006, p.3). Une série de modèles de communication clinique sont proposés dans la littérature pour encadrer la communication dans les relations de soins. Parmi ceux-ci, l'ACP, que nous présenterons dans la section suivante, semble exercer une influence importante dans les écrits

---

<sup>3</sup> Consulté en ligne le 5 janvier 2014 (pas de pagination).

portant sur la formation et les pratiques communicationnelles des médecins au Québec (Légaré, 2009; Richard et Lussier, 2005b).

La communication joue un rôle particulièrement important au niveau de la prise en charge des maladies chroniques. En effet, elle permet une meilleure compréhension des enjeux entourant la maladie par les échanges entre le médecin et son patient, car si la plupart des maladies chroniques ne peuvent être guéries, elles peuvent être contrôlées à long terme (Assal et Robert cités dans Assal, 2004). Ainsi, c'est par la discussion que le patient arrivera à exprimer ses craintes, ses désirs, etc., et qu'il arrivera, avec son médecin, à trouver un traitement adéquat pour lui (Assal, 2004).

### 1.5 Des modèles de soins centrés sur le patient

La réflexion sur la communication et la relation médecin-patient est particulièrement importante dans le contexte actuel de soins. Comme nous le verrons plus en détail dans le cadre théorique, nous assistons depuis une trentaine d'années à des transformations du système de santé, notamment avec la prévalence croissante des maladies chroniques et les nouvelles modalités de leur prise en charge, ainsi qu'à la transformation de la place du patient dans le champ de la santé, en lien avec la conception devenue dominante de l'individu comme autonome et responsable (Fournier cité dans Fournier et Kerzanet, 2005). Ces changements placent la relation médecin-patient au cœur de nouveaux enjeux, contribuant à l'émergence de nouveaux modèles de soins, où le patient est considéré comme un acteur à part entière du processus de soins (Herzlich citée dans Thoër, 2013; Thoër, 2013).

Dans ce type de modèles de soins qui favorisent la participation du patient dans la relation de soins, le professionnel de la santé et le patient travaillent de concert pour, entre autres, assurer une meilleure prise en charge de la maladie (Fournier et Kerzanet, 2005). Cette vision d'un processus de soins plus participatif, c'est-à-dire prenant en compte l'expérience du patient, encourage sa participation à la décision médicale et lui reconnaît un droit à l'information, a reçu un large écho dans le secteur de la santé. En effet, il existe plusieurs modèles de soins

participatifs comme : le modèle de décision partagée, le modèle centré sur le patient, le modèle collaboratif, l'entretien motivationnel, etc. (Thoër, 2013). Dans la littérature nord-américaine, on trouve principalement le modèle centré sur le patient qui, depuis quelques années, s'impose de plus en plus dans les ouvrages portant sur la communication en relation de soins (Richard et Lussier, 2005a). D'ailleurs, il est de nos jours reconnu par les ordres de médecins au Canada comme la norme acceptée (Collège des médecins du Québec (CMQ), Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada cités dans Lussier et Richard, 2005a). Ainsi, dans ce mémoire de recherche, nous nous intéresserons particulièrement à cette approche qui inclut plusieurs principes de bases présents dans les différents modèles de soins participatifs.

#### 1.5.1 L'approche centrée sur le patient (ACP)

Parmi les nouveaux moyens disponibles pour assurer un meilleur suivi ainsi qu'une prise en charge moderne et efficace des maladies chroniques, le modèle de soin de l'ACP s'est imposé au cours des dernières décennies au Québec, se retrouvant au centre des discussions des soins de qualité (Epstein et Street, 2011; Richard et Lussier, 2005 b), ce qui rend son étude intéressante dans le cadre de ce mémoire. Ce modèle est intégré aux soins et, comme son nom l'indique, centré sur le patient. Plus précisément, il se penche autant sur les besoins, les opinions, les conceptions, les idées et les sentiments du patient que sur son état biologique. Par exemple, un soignant doit tenter de comprendre la façon dont le patient perçoit ses symptômes et définit son problème médical. Ainsi, le médecin doit s'efforcer d'évaluer et de comprendre le patient dans sa globalité, et non seulement s'intéresser à sa maladie. Il pourra y arriver en s'attardant aux multiples facettes de la vie du patient, comme sa situation culturelle, familiale, professionnelle et sociale. Le patient devient ainsi un acteur central dans la relation de soins. Dès lors, les professionnels de la santé et le patient travaillent de concert pour assurer une meilleure prise en charge de la maladie (Côté et Hudon, 2005; Institute for patient and family centered care, 2010).

L'ACP joue également un rôle capital pour favoriser l'observance et l'adoption de nouveaux comportements de santé chez les patients (Groulx et Chapuis, 2004; Lun et Rouvière, 2012). Cette approche a d'ailleurs fait ses preuves en permettant de meilleurs résultats pour le patient (satisfaction des soins reçus, meilleure adhérence et effets positifs sur l'état de santé) et pour le médecin (efficacité de la prestation des soins), et constitue un volet fondamental de la prise en charge de cette maladie (Groulx et Chapuis, 2004).

Cependant, dans de nombreux systèmes au Canada, les soins de santé ne sont pas centrés sur le patient. C'est plutôt au patient de s'adapter au système et de naviguer à travers ses multiples intersections (Ontario Medical Association (OMA), 2010). La place du patient au sein des systèmes de santé a d'ailleurs été identifiée comme étant une problématique importante par plusieurs organisations autour de la planète, notamment l'OMS (OMS citée dans OMA, 2010). En effet, une majorité de médecins généralistes éprouve encore aujourd'hui certaines difficultés et/ou des réticences à mettre en pratique l'ACP et à l'intégrer dans le cadre de la consultation, et ce pour plusieurs raisons. Pour n'en nommer que quelques-unes, certains médecins ne croient pas en cette approche ou sont peu enthousiastes à l'utiliser. D'autres ne la maîtrisent pas ou mal, manquant de formation (plusieurs médecins généralistes n'ont pas suivi de formation initiale à l'ACP), de connaissances et de ressources humaines et financières pour adopter cette approche. Certains praticiens ont également de la difficulté à transmettre les informations au patient par manque d'outils et de compétences en communication, et d'autres sont réticents à partager leur pouvoir avec les patients (Côté et Hudon, 2005; Cody, 2003).

Ainsi, des médecins utilisent encore fréquemment une approche de type paternaliste, sur laquelle nous reviendrons dans le cadre conceptuel, qui tend à réduire l'autonomie du patient et a une incidence négative sur la prise en charge et l'observance de la personne soignée (Cody, 2003). Cette approche fait l'objet de critiques de la part des patients qui considèrent que celle-ci peut influencer leur relation avec le médecin et leur volonté d'adopter ou non le traitement visant à contrôler leur diabète (Danion, 2007). En fait, l'insatisfaction éprouvée au niveau de la relation médecin-patient est une des raisons du mécontentement des patients à l'égard de leur soignant, comme le soulignent les données statistiques provenant de la

direction des enquêtes du CMQ. Ces dernières montrent que près du tiers des demandes d'enquête, c'est-à-dire des plaintes des patients, sont reliées à des problèmes émanant de la relation médecin-patient (CMQ, 2012). D'ailleurs, plusieurs difficultés rencontrées proviennent d'« erreurs » de communication entre le soignant et le soigné (Simpson *et al.* cités dans Jacques, 2000).

Somme toute, pour offrir une ACP de qualité, permettant de développer une relation de partenariat avec le patient, les médecins devraient travailler sur plusieurs aspects de leur pratique, à savoir : le mode et la qualité de leur communication, la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients (soutien, confiance, degré de concordance) ainsi que leurs compétences techniques (démonstration d'utilisation de dispositifs), pédagogiques (utilisation de supports pédagogiques adéquats), relationnelles et multiculturelles (suivi des patients et de l'entourage). Ils devraient aussi prendre plus conscience de leur propre système de représentation (Baudrant-Boga, 2009; Côté et Hudon, 2005).

#### 1.6 Les facteurs affectant la pratique clinique des médecins généralistes et la relation médecin-patient

La relation qui s'établit entre un médecin et son patient est tributaire de facteurs liés aux protagonistes de la relation de soins, et notamment aux caractéristiques des médecins, et à la nature de la communication qui s'établit avec le patient. Elle est également influencée par des facteurs externes, relevant notamment du lieu de pratique du médecin<sup>4</sup> et de l'organisation des soins (Borgès Da Silva, 2010). Nous examinerons successivement ces facteurs, et en reprendrons certains plus en profondeur dans le cadre conceptuel.

---

<sup>4</sup> Au Québec, les médecins généralistes pratiquent principalement dans des établissements hospitaliers et dans des organisations de première ligne, telles que les cliniques privées, qui offrent des services généraux et des soins courants. Ils peuvent aussi exercer dans un ou plusieurs types d'organisations (Savard *et al.*, 2005; Gouvernement du Québec, 2013). Selon un sondage réalisé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en 2005, le principal lieu de pratique de 47,5 % des omnipraticiens était le cabinet privé, aussi appelé clinique privée (Trottier *et al.*, 2003).

### 1.6.1 Des pratiques cliniques variant selon les caractéristiques des médecins

Plusieurs types d'attributs propres aux médecins semblent avoir un impact sur la pratique de soins (Eisenberg, Dussault cités dans Borgès Da Silva, 2010). Tout d'abord, parmi les **facteurs sociodémographiques** liés au médecin, l'âge du médecin semble constituer une variable importante. En effet, comparativement aux jeunes médecins, ceux plus âgés expriment plus de résistance au changement et à l'adoption de nouvelles approches de soins (Borgès Da Silva, 2010).

Par ailleurs, il a été démontré que les femmes médecins sont généralement plus à l'écoute des attentes des patients, plus orientées vers la prévention et l'éducation des patients (Contandriopoulos et Fournier, Maheux *et al.* cités dans Borgès Da Silva, 2010). Celles-ci sont aussi plus ouvertes à travailler en collaboration avec d'autres professionnels de soins (Dussault cité dans Borgès Da Silva, 2010). Finalement, elles ont tendance à faire plus de suivi au niveau des soins (Bensing *et al.* cités dans Borgès Da Silva, 2010).

Les **caractéristiques d'ordre professionnel** jouent aussi un rôle dans la pratique médicale (Dussault, Eisenberg cités dans Borgès Da Silva, 2010; Pasquier, 2004). Plus spécifiquement, la formation de chaque médecin, c'est-à-dire sa formation initiale, sa formation continue comprenant l'actualisation de ses connaissances, les informations qu'il consulte, ses sources d'information (laboratoires, littérature) et sa capacité à faire preuve de jugement critique par rapport à ces informations, semble influencer sur son mode de pratique (Mousques *et al.*, Guyatt *et al.* cités dans Pasquier, 2004).

### 1.6.2 La variation de la pratique clinique en fonction de l'organisation des soins

La manière, dont le travail est organisé dans les cabinets de santé, et les ressources, dont ces milieux disposent, structurent également le comportement des soignants, leurs décisions cliniques et influencent de manière importante la qualité des soins offerts (Renaud *et al.*,

Landon *et al.* cités dans Borgès Da Silva, 2010). L'influence de l'aspect organisationnel apparaît notamment plus importante pour les soins chroniques et préventifs que pour les soins épisodiques (Beaulieu *et al.*, 2012). Il est à noter qu'il existe des variations importantes selon le type d'organisation de soins, mais également à l'intérieur d'un même type d'organisation (Freidson cité dans Borgès Da Silva, 2010). En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'existence d'une relation entre le lieu de pratique, le mode d'exercice, par exemple en cabinet solo ou de groupe, et la prestation des services. Ainsi, plusieurs éléments liés aux différents types d'organisations sont à la base des variations de prestations de services chez les médecins. Parmi ces attributs, on compte notamment les éléments relatifs à l'organisation de la pratique et au type de rémunération, qui y est directement associé (Borgès Da Silva, 2010; Beaulieu *et al.*, 2012).

D'abord, le **travail en équipe** (multidisciplinaire ou non), la **culture organisationnelle** (Kralewski *et al.* cités dans Borgès Da Silva, 2010) et la **collaboration interprofessionnelle** (Geneau cité dans Borgès Da Silva, 2010), qui sont propres aux organisations, ont un impact sur la prestation de services. Par exemple, l'influence des collègues médecins joue un rôle déterminant dans la pratique de soins (Freidson cité dans Borgès Da Silva, 2010). Toutefois, cette influence sera différente si le médecin pratique en cabinet solo ou s'il travaille avec d'autres professionnels dans une même clinique (Borgès Da Silva, 2010).

La **rémunération** a aussi un impact important sur la pratique des médecins. En effet, les médecins travaillant en clinique privée sont rémunérés à l'acte. Le salaire lié à leur activité tient compte d'un coût fixe, et peut être jumelé à des frais supplémentaires qui sont variables (Borgès Da Silva, 2010). Ceci fait alors en sorte que « l'acte marginal supplémentaire » (Borgès Da Silva, 2010, p.33) augmente le profit financier retiré par le médecin. Le soignant est alors incité à produire plus d'actes. En d'autres termes, il semble y avoir une relation positive entre le paiement à l'acte et l'utilisation des services de santé. On peut également se questionner à savoir si cela encourage les médecins à consulter davantage de patients dans une journée de travail afin d'augmenter leur revenu. Si tel était le cas, cela se traduirait par une diminution du temps que les médecins consacrent à leurs patients et cela engendrerait

une diminution de leur capacité et de leur volonté d'écouter, de communiquer et d'éduquer leurs patients (Borgès Da Silva, 2010).

### 1.7 Les représentations des médecins à l'égard de la maladie et des traitements

Comme toute rencontre entre individus, la rencontre entre un médecin et son patient peut être envisagée comme la confrontation de deux systèmes de représentation, *a priori* différents. Or, si ces représentations sont trop éloignées et surtout si le médecin n'a pas conscience de cet écart et de ses propres représentations, la communication avec le patient peut être difficile, ce qui peut avoir, en retour, un impact sur la prise en charge de la maladie (Jeoffrion, 2009). De plus, comme nous le verrons plus tard, il existe une corrélation entre les représentations et les actions au quotidien d'un individu (Thiel, 2003). Ainsi, les diverses représentations des médecins peuvent influencer sur leur relation avec les patients ainsi que sur leur pratique de soins. Aussi, il nous semble important de cerner les représentations des médecins à l'égard de la maladie du DT2, des patients atteints par cette maladie, mais aussi de la démarche de soins centrée sur le patient afin de mieux comprendre leur engagement (ou non) dans cette approche de soin centrée sur le patient.

Parmi ces représentations, celles relatives aux patients sont importantes. Plusieurs médecins semblent en effet concevoir que certains patients atteints d'un DT2 sont non-observants et qu'ils ne comprennent pas clairement les risques liés à leur maladie (Bachimont, Cogneau et Letourmy, 2006; Reach, 2007). Cela amène certains cliniciens à exprimer un certain fatalisme, ceux-ci témoignant d'un manque de conviction dans leur capacité à améliorer l'équilibre du diabète chez leurs patients (Bachimont, Cogneau et Letourmy, 2006). Toutefois, peu d'études se sont attardées à documenter avec précision les représentations que construisent les professionnels de la santé concernant les patients atteints d'un DT2, le diabète comme maladie chronique et celles documentant leurs perceptions de l'application de l'ACP en matière du DT2.

## 1.8 Les questions de recherche

Compte tenu de la problématique grandissante du DT2 dans les sociétés, de nombreux articles soulignent l'importance de mettre en place des actions pour améliorer la prise en charge de cette maladie, en plaçant notamment le patient au centre du processus de soins (Bras, Duhamel et Grass, 2006; ACD, 2008; Golay, Lagger et Giordan, s.d.; Portal, Bessa et de Penanster, 2009). La littérature souligne notamment l'importance d'une relation médecin-patient de qualité afin d'optimiser le processus de soins et ses effets sur la santé (Barrier, 2009; Danion, 2007). Notre question générale est ainsi de cerner quelles sont les représentations des médecins généralistes, œuvrant dans le régime de l'assurance maladie du Québec et pratiquant en clinique privée, concernant l'application de l'ACP pour traiter des patients atteints du DT2?

Plus spécifiquement, nous viserons à comprendre :

- Quelles sont les représentations des médecins généralistes à l'égard de la maladie chronique du DT2 et de ses impacts sur la qualité de vie du patient diabétique de type 2?
- Quelles sont leurs représentations des patients atteints d'un DT2?
- Concrètement, comment interagissent-ils avec leurs patients diabétiques de type 2, et comment perçoivent-ils leur rôle à l'égard du traitement du DT2?
- Quelles sont leurs représentations des guides de pratique clinique du traitement du DT2, et comment les appliquent-ils et dans quelles conditions?
- Quelles sont leurs représentations de l'ACP en situation du traitement du DT2?
- Quels éléments de l'approche centrée sur le patient prennent-ils en compte dans leur pratique clinique avec les patients diabétiques de type 2?

### 1.9 La pertinence communicationnelle, scientifique et sociale de la recherche

La problématique qui nous intéresse ici constitue un problème relevant de la communication pour la santé. Cette branche spécifique du vaste domaine de la communication se définit comme étant « l'étude et l'utilisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé » (Renaud et Rico de Sotelo, 2006, p.32). Cette spécialité a pour objectif d'informer et de sensibiliser les gens aux questions relatives à la santé, en tenant compte des réalités des individus, des communautés et des organisations. Elle vise à favoriser des changements qui permettront d'améliorer la santé des individus d'une population cible (Renaud et Rico de Sotelo, 2006). Plus spécifiquement, dans le cadre de notre étude, nous désirons principalement étudier les aspects interpersonnel et organisationnel de la communication pour la santé.

Cette recherche apporte aussi une contribution sur le plan des connaissances, car la plupart des travaux sur l'ACP, les représentations de la maladie et de la santé, le DT2 ainsi que l'observance thérapeutique se sont polarisés sur les conduites et les représentations des patients. Rares sont les recherches qui se sont intéressées aux représentations des soignants, surtout en matière d'ACP, de la maladie du DT2 et des patients atteints de cette maladie chronique, et en cernant la façon dont s'articule leur comportement en matière de la gestion du DT2, ce qui constitue l'objectif de notre recherche. Ce mémoire permettra de mieux cerner les représentations des soignants, et ce, chez une population spécifique, soit les médecins généralistes pratiquant en clinique privée.

Enfin, cette problématique de recherche a également une pertinence sociale importante, étant donné la progression du nombre de personnes diabétiques prévue dans les décennies à venir, et les problématiques actuelles dans le système pour prendre adéquatement en charge cette maladie (DQ, 2009a). À travers notre projet de recherche, nous désirons d'une part, mieux comprendre les représentations et les modalités d'action des médecins généralistes pour contrôler le DT2, et d'autre part, apporter des recommandations qui pourraient être utiles pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'un DT2, et notamment favoriser

l'engagement des cliniciens dans l'ACP. Nous présenterons, dans le chapitre suivant, les concepts théoriques qui nous permettront de saisir notre objet de recherche.

## CHAPITRE II

### CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous présenterons le cadre conceptuel de notre recherche qui s'appuie sur trois notions centrales, soient la relation médecin-patient, le modèle de soins de l'ACP et les représentations sociales. Celles-ci seront successivement exposées et définies, avec un souci de les appliquer à notre problématique de recherche, dans cette section du mémoire.

#### 2.1 La relation médecin-patient et la place jouée par la communication

L'aspect relationnel est considéré comme étant un élément essentiel de la pratique médicale, et cela depuis l'Antiquité (CMQ cité dans Richard et Lussier, 2008). Plus précisément, la relation soignant-soigné est placée au centre de la pratique des médecins et a fait l'objet de nombreuses études au cours des dernières décennies (Richard et Lussier, 2005a). Nous effectuerons ici un survol de cette littérature en nous attardant notamment à l'interprétation de la relation médecin-patient, à l'évolution du modèle relationnel de soins et du rôle du médecin, à l'importance d'une relation médecin-patient de qualité et à la place de la communication dans la relation de soins.

### 2.1.1 La définition de la relation médecin-patient

« Les relations se réalisent, se transforment et se définissent dans et par l'ensemble des dialogues que les individus entretiennent » (Gerden cité dans Richard et Lussier, 2005a, p.36). Elles renvoient au modèle de communication utilisé par deux personnes de manière répétitive. La communication et la relation sont la cause, mais aussi la conséquence l'une de l'autre (Lussier et Richard, 2008). La relation clinique se développe donc dans l'interaction entre le médecin et son patient lors de la consultation médicale. Elle apparaît comme une forme particulière de relation interpersonnelle; plus précisément, il s'agit d'une relation de « service » dans laquelle les deux personnes conversant ont des rôles prédéfinis. À cet égard, les normes de comportement du soignant sont clairement énoncées par un code de déontologie (CMQ cité dans Lussier et Richard, 2008).

Plus spécifiquement, cette relation est généralement l'occasion pour le médecin d'examiner le patient, afin d'améliorer ou de restaurer la santé du malade, et ce, peu importe le motif et la durée de la consultation (McNamee et Gergen cités dans Richard et Lussier, 2005a). Aussi, tout comme les autres relations interpersonnelles, la relation soignant-soigné ne peut se soustraire au contexte spécifique de la rencontre. Autrement dit, elle doit s'adapter à son contexte qui est multidimensionnel (Brown et Fraser cités dans Lussier et Richard, 2008). On considère ainsi que la relation médecin-patient peut être définie par les caractéristiques du problème en cause, comme le type de la maladie et sa gravité. Elle prend aussi une connotation différente selon le contexte organisationnel dans laquelle elle se développe, par exemple, les modalités d'organisation des soins et des professions médicales, qui varient largement d'un système de santé à l'autre, ainsi que du contexte politique et juridique, notamment la rémunération des soignants et les modalités de couverture des soins. Puis, elle est caractérisée par ses interlocuteurs, soit principalement le médecin et le patient, qui n'entretiennent pas le même rapport au savoir médical et qui appartiennent, la plupart du temps, à des milieux socio-économiques différents (Lussier et Richard, 2008; Thoër, 2010). Quel que soit le contexte de la pratique de soins, la relation médecin-patient demeure la pierre angulaire du travail clinique et a fait l'objet de grands changements, au cours des dernières décennies (Richard et Lussier, 2005a), qui seront présentés dans la section suivante.

En ce qui a trait à notre sujet de recherche, puisque nous nous intéressons au suivi de patients atteints d'une maladie chronique, soit le DT2, par un médecin généraliste habituel en clinique privée, nous qualifierons la relation médecin-patient comme une relation « de longue durée associée à la prise en charge » (Giroux, 2005, p.119). Cette relation renvoie

à l'ensemble du processus relationnel qui s'établit progressivement entre un praticien et son patient à l'occasion d'une prise en charge, ce qui peut s'étendre sur quelques rencontres ou plusieurs années, voire sur une vie entière (Giroux, 2005, p.119).

Elle est considérée comme étant évolutive, dynamique, comportant des visées de coparticipation du médecin et du patient, tout en étant cumulative (la relation se construit de rencontre en rencontre, au fil des communications interpersonnelles) et mutuelle (le médecin et le patient participant au processus de façon interdépendante) (Giroux, 2005).

### 2.1.2 L'évolution des modèles relationnels de soins et du rôle du médecin

Jusqu'à ces dernières décennies, la relation médecin-patient adoptait le modèle relationnel de type paternaliste. Fondé sur l'altruisme, ce modèle fait principalement référence au savoir expert. Dans ce modèle, le soignant détient un rôle de décideur auprès du patient, tout en respectant le principe de bienfaisance<sup>5</sup>. Il se positionne comme étant celui qui détient le savoir, et qui est mieux placé que tout autre pour savoir ce qui est bon pour chaque « malade » (Gordon et Edwards, 1997).

Dans ce modèle de soins, le patient se soumet aux décisions du médecin, souvent sans recevoir d'explications. Il est souvent perçu par ce dernier comme étant un individu non

---

<sup>5</sup> Le principe de bienfaisance pourrait être explicité comme étant :

1. le devoir de ne pas nuire;
2. le devoir de prévenir le mal ou la souffrance;
3. le devoir de supprimer le mal ou la souffrance;
4. le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien (Portes cité dans Moulias, 2012).

raisonnable et surtout incapable de comprendre sa maladie, d'être responsable de sa santé, et de décider par lui-même de la manière dont il veut vivre ou mourir. Il ne peut donc qu'acquiescer au modèle thérapeutique que lui propose le médecin (Gordon et Edwards, 1997; Llorca, 2006). Ce modèle favorise ainsi une relation où le soignant conserve toujours le contrôle de la communication, ce qui rend généralement cette dernière à sens unique. Or, depuis plusieurs années, la relation médecin-patient du modèle paternaliste est critiquée, entre autres, pour son caractère inégalitaire et hiérarchique (du Puy-Montbrun, 2001; Gordon et Edwards, 1997).

Au cours des dernières décennies, des changements fondamentaux ont caractérisé le secteur de la santé, et ont eu pour conséquences de transformer les modèles relationnels de soins traditionnels (Romanow, AMA, Government of Alberta – Backgrounder, Premier's Advisory Council on Health for Alberta, Scott et Hofmeyer, Smith cités dans Scott et Lagendyk, 2012). Parmi ces transformations, qui sont principalement liées à l'évolution de la médecine et de la société, on compte notamment, le développement de techniques médicales qui appellent le consentement du patient, la mise en place d'une approche globale de la santé au niveau de l'offre de soins, l'apparition d'associations de malades qui revendiquent une participation accrue du patient au processus de soin et à la gestion de l'organisation des soins, le développement de l'information médicale et sa diffusion croissante, notamment par internet, la démocratisation de l'enseignement, l'accroissement des connaissances et de l'autonomie des citoyens, la marchandisation croissante du secteur de la santé, etc. (Cauvin cité dans Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001; Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001; Williams, 2009; Scott et Lagendyk, 2012; Llorca, 2006; Fournier et Kerzanet, 2005). Sous l'influence de ces profonds changements, le secteur de la santé a redéfini la relation de service de soins (Robert cité dans Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001) ainsi que le rôle et la place des professionnels de la santé, ce qui a eu pour conséquence d'influencer directement tout le secteur de santé dans son ensemble (Sampieri-Teissier et Sauviat, 2001). Cette évolution produit de nouveaux modèles relationnels de soins.

De nos jours, une nouvelle philosophie de soins, en lien avec la conception devenue dominante, selon laquelle l'individu est un être autonome et responsable, se fait sentir. En

réponse au désir exprimé par les patients de participer activement à la prise de décision concernant leur maladie, mais aussi pour pallier les carences du système de santé, entre autres celles des professionnels au niveau des processus décisionnels, de nouveaux modèles de soins, qui se centrent sur le patient, ont vu le jour (Scott et Lagendyk, 2012). Il s'agit notamment de l'ACP, qui sera définie dans le deuxième volet de ce chapitre.

### 2.1.3 L'importance d'une relation médecin-patient de qualité

Plusieurs sortes de relations peuvent s'établir entre un médecin et son patient. Des études ont démontré qu'il existe un lien entre la qualité de la relation médecin-patient et l'amélioration de la santé du malade (Llorca, 1994; Richard et Lussier, 2005a). Il n'est donc pas étonnant que la qualité de la relation médecin-patient soit, pour le CMFC, un des quatre principes directeurs de la médecine familiale (Gutkin cité dans Fournier et Kerzanet, 2005).

Plus précisément, deux synthèses d'études sur la communication (Hall, Toer et Katz, 1988 et Stewart, 1995) montrent que plus les médecins parviennent à instaurer une relation de collaboration, qui tend à rendre les patients plus actifs et engagés dans la relation de soins, plus les patients comprennent leurs recommandations. Ceci engendre une plus grande observance de la part des malades, et par le fait même, une plus grande satisfaction en regard des soins reçus (Richard et Lussier, 2005a; Roter, Hall et Katz, Stewart cités dans Richard et Lussier, 2005a). D'autres études montrent également qu'une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé (Fournier et Kerzanet, 2005). Il semble ainsi qu'une relation de soins de qualité peut se définir par la participation accrue du patient dans la relation de soins.

Par ailleurs, plus la relation entre le médecin et le patient est de qualité, plus le patient aura de la facilité à communiquer et à « exprimer ses plaintes, poser des questions, évoquer ses incompréhensions, négocier son traitement, débattre de son observance du traitement, être attentif à son état de santé » (d'Ivernois cité dans Bourdon, 2012, p.26). Ceci sera sans conteste bénéfique pour le traitement du patient (Belknap cité dans Gordon et Edwards,

1997), en plus d'enrichir la relation de partenariat dans la prise de décision partagée (Gordon et Edwards, 1997).

Finalement, la qualité de la relation entre le professionnel de la santé et le soigné est un des principaux déterminants de l'efficacité du traitement (Lemozy-Cadroy, 2008). Une bonne alliance thérapeutique est considérée comme le facteur le plus important dans l'amélioration de l'observance thérapeutique du patient, sachant que l'observance est liée au niveau des connaissances médicales du patient (Llorca, 1994). Or, le fossé peut rester profond entre les attentes, les modalités d'expression et de compréhension des médecins et des patients, laissant large place aux malentendus et aux frustrations.

#### 2.1.4 La communication dans la relation médecin-patient

La communication fait partie intégrante de la pratique médicale. Les tâches communicationnelles du médecin sont essentielles à la promotion de la santé, à la satisfaction du patient et du médecin lui-même ainsi qu'à l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. L'importance de la communication médecin-patient et son impact sur le diagnostic, l'observance thérapeutique et la satisfaction des deux partenaires de cette relation sont documentés par de nombreuses études (Richard et Lussier, 2005 b; Nciri, 2009).

Dans une relation de soins, une communication efficace nécessite la compréhension réciproque des deux interlocuteurs. Or, toute interaction entre des personnes se caractérise par son contenu, mais aussi par la relation qui s'établit. Ainsi, pour qu'une communication soit efficace, il convient de comprendre le message verbal et le style relationnel qui le module. À cet égard, une telle compréhension est rendue possible lorsque les deux aspects du message échangé - contenu et élément relationnel - sont en harmonie (Nciri, 2009).

Pour mettre en œuvre des mesures encourageant le contact et favorisant les conseils, le médecin doit avoir un réel intérêt à aider son patient dans la résolution de ses problèmes et collaborer avec lui de manière franche et ouverte. Sa tâche est de conseiller son patient, de lui

fournir tous les renseignements dont il a besoin pour prendre une décision éclairée et de lui expliquer son point de vue, sans toutefois le sermonner, et ce, dans un langage simple pour tous (Williams, 2009; Vannotti, 2014). Pour ce faire, il doit, entres autres, écouter patiemment, et ce, avec humilité, le patient et conduire un entretien, et non un interrogatoire (Nciri, 2009). De plus, selon le contexte, l'information donnée doit être répétée et le médecin doit vérifier qu'elle a été bien comprise, car « entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer » (Werber cité dans Nciri, 2009, p.584).

Cependant, les médecins consacrent un temps limité à l'information de leurs patients, principalement parce qu'ils affirment manquer de temps pour le faire (Vannotti, 2014). Ils ignorent toutefois souvent « qu'être un bon communicateur, c'est justement gagner du temps! » (Vannotti, 2014<sup>6</sup>)

Mais, bien communiquer ne se limite pas simplement à donner les bonnes informations au patient, à se faire comprendre et à s'assurer que le message est bien reçu. Cela implique plus, et notamment accepter qu'un malade exprime toutes ses inquiétudes et ses doutes. C'est aussi apporter des réponses aux questions du patient, l'inciter à faire un retour sur une explication donnée et l'encourager à questionner des éléments qui n'auraient pas été abordés (Assal, 2004). La gestion d'une bonne consultation exige alors du soignant des compétences de communication ainsi que la capacité à prendre en compte et à s'adapter au patient (Mantz et Wattel, 2006), et ce en fonction du contexte dans lequel les soins sont donnés (Lussier et Richard, 2008). D'ailleurs, l'habileté à communiquer est de plus en plus considérée comme une « compétence essentielle à l'exercice de la médecine » (Kurtz *et al.* cités dans Groulx et Chapuis, 2004, p.5). Certains auteurs qualifient même la communication de condition *sine qua non* des soins : « si on n'est pas relationnel, on n'est pas dans le soin » (Zaffran cité dans Groulx et Chapuis, 2004, p.5). Cette aptitude en matière de communication doit donc être

---

<sup>6</sup> Consulté en ligne le 9 mars 2014 (pas de pagination).

développée dans le cadre de la formation en médecine, où sa place est encore limitée (Groulx et Chapuis, 2004).

Cela est d'autant plus vrai que plusieurs études indiquent que le patient souhaite être tenu « informé » de son état de santé, mais aussi du projet thérapeutique et préventif du médecin. Dans un premier temps, il tient à savoir ce qu'il a et les raisons de cette maladie. Dans un deuxième temps, il aspire à connaître les éléments retenus pour justifier les choix thérapeutiques du médecin. Le malade s'attend alors à recevoir les conseils de son médecin, et ceux-ci peuvent l'amener à changer ses comportements considérés à risques, et à s'inscrire dans une démarche de prévention. L'activité clinique, qui vise à assurer la promotion de la santé, comprend donc un travail d'information et de conseils auprès du patient, tant au niveau des mesures thérapeutiques que des mesures préventives (Vannotti, 2014).

Enfin, il a été démontré qu'une communication réussie, dans la relation de soins soignant-soigné, améliore significativement la précision, la pertinence et l'efficacité de l'entretien, le suivi des traitements, la capacité à offrir du soutien, les résultats cliniques, la qualité de vie des patients, le degré de satisfaction, tant pour le patient que pour le médecin, les déterminants de santé pour les patients ainsi que la relation de partenariat (Santé Canada cité dans Fournier et Kerzanet, 2005; Silverman, Kurtz et Draper, 2010). Elle favorise aussi une approche négociée des problèmes entre soignant et patient. Il semble ainsi qu'un bon mode de communication peut influencer positivement les résultats obtenus et rendre le travail du médecin plus gratifiant (Silverman, Kurtz et Draper, 2010).

## 2.2 Le modèle de soin de l'approche centrée sur le patient

Au cours des dernières décennies, le modèle de soin traditionnel de type paternaliste a fait l'objet de critiques, exprimées tant par des professionnels de la santé que par des patients. Les professionnels sont d'avis que le modèle paternaliste n'est pas efficace puisque les patients ne suivent pas nécessairement les recommandations, et cela est d'autant plus vrai dans les cas de prévention et de traitement des maladies chroniques. Cette situation a favorisé l'apparition

d'approches cliniques axées sur le patient, notamment celle de l'ACP (Côté et Hudon, 2005). Ainsi, à travers les prochaines sections, nous ferons la présentation de ce concept théorique qu'est l'ACP, en nous attachant notamment sur sa définition et son utilisation dans le traitement de maladies chroniques. Puis, nous exposerons la place qu'occupe la relation médecin-patient dans cette approche de soin. Nous terminerons en présentant les avantages d'une telle pratique ainsi que les défis à relever.

### 2.2.1 La définition de l'approche centrée sur le patient

Balint a été l'un des premiers à souligner le fait que les médecins formés pour se centrer sur la maladie, dans le but d'établir un diagnostic médical, devaient plutôt se centrer sur la personne malade afin d'établir un diagnostic plus global (Côté et Hudon, 2005). Puis, Rogers a introduit les concepts d'empathie et d'écoute compréhensive nécessaires pour comprendre le vécu du patient (Rogers cité dans Danion, 2007). À partir de là, de nombreux auteurs ont réfléchi à cette question de la relation médecin-patient. Au Canada, l'ACP, en tant que méthode clinique, a été mise au point dans les années 1980 par Stewart et ses collaborateurs (Stewart *et al.*, 2003). Cette approche clinique est d'ailleurs largement utilisée en médecine familiale au Canada (Stewart, Brown et Levenstein, Levenstein *et al.*, Brown *et al.* cités dans Hudon *et al.*, 2012).

Fondée sur des recherches en sociologie, en anthropologie et en psychologie médicales (Fournier et Kerzanet, 2005), l'ACP s'ancre dans la perspective humaniste, qui accorde une valeur intrinsèque à la personne et intègre aisément les valeurs, les principes éthiques et la notion d'empathie, sous-jacents aux relations à visées thérapeutiques. S'éloignant du modèle paternaliste, ce modèle est une approche clinique non directive d'entretien psychothérapeutique (Rogers cité dans Richard et Lussier, 2005 b). Il s'agit d'une philosophie de soins et non d'un ensemble de règles ou procédures d'entrevue médicale. Il n'y a donc pas une, mais plusieurs manières de se centrer sur le patient. À cet égard, nous préférons utiliser l'expression « approche centrée sur le patient » plutôt que « méthode centrée sur le patient », car la première traduit bien le fait qu'il s'agit d'une philosophie de

soins, alors que la seconde renvoie plutôt à un ensemble de règles ou de procédures (Côté et Hudon, 2005).

Plus précisément, cette méthode, qui peut être mise en pratique dans tous les environnements de soins, propose que le soignant se penche non seulement sur la maladie, mais aussi sur la façon unique dont le patient vit cette maladie ainsi que ses valeurs, ses préférences et ses besoins. Dans cette optique, les discussions sur les dimensions psychosociales du patient sont pertinentes. En effet, elles permettent au médecin de soutenir les actions du patient, que ce soit dans le changement d'habitudes de vie ou la prise d'un médicament par exemple (Richard *et al.*, 2010). Il ne s'agit donc plus uniquement de prescrire, ni même d'informer ou de tenir compte des besoins du patient. Il s'agit plutôt de s'informer auprès du soigné pour ensuite l'impliquer dans le processus de soins. Il convient également de l'accompagner dans le développement de ses propres compétences et connaissances afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées relatives à son traitement et augmenter progressivement sa capacité d'autogestion (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Les objectifs de cette approche sont donc pour le soignant

de bien se représenter les problèmes de santé, de comprendre le vécu du patient qui y est lié et d'intégrer cette compréhension à l'ensemble de la démarche de soins, soit de la collecte des données au suivi thérapeutique (Anderson cité dans Côté et Hudon, 2005, p.147).

À titre d'exemple, le soignant doit tenter de comprendre la façon dont le patient lui-même perçoit ses symptômes et définit sa maladie. Il doit ainsi s'efforcer d'évaluer et de comprendre le patient dans son ensemble, pas seulement du point de vue du problème médical. Il y arrivera en s'attardant aux multiples facettes de la vie du patient, notamment sa situation culturelle, familiale, professionnelle et sociale.

Notons que les difficultés d'apprentissage, le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation du patient ne doivent pas le priver *a priori* d'une telle démarche de soins. Cependant, il faut tenir compte de ces particularités pour offrir une approche centrée sur le patient adaptée au soigné, c'est-à-dire qui réponde à ses besoins ainsi qu'à ses attentes

(Epstein et Street, 2011; Fournier et Kerzanet, 2005). Les différents stades du processus d'adaptation du patient à sa maladie (*coping*), son mode d'apprentissage, ses croyances et ses représentations concernant sa maladie et son traitement doivent également être considérés (Hudon *et al.*, 2012). Puis, le médecin et le patient doivent essayer de définir ensemble la nature du problème, le plan de traitement et le rôle respectif de chacun (Epstein et Street, 2011).

Par ailleurs, cette approche comprend les six dimensions, ou caractéristiques, interactives suivantes :

- 1- Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécues par le patient;
- 2- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale;
- 3- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités;
- 4- Valoriser la prévention et la promotion de la santé;
- 5- Établir et développer la relation médecin-patient;
- 6- Faire preuve de réalisme. (Stewart *et al.* cités dans Côté et Hudon, 2005, p.149)

Ces composantes sont complémentaires ainsi qu'interreliées et forment un tout cohérent et indivisible (Stewart cité dans Côté et Hudon, 2005). Les trois premiers préceptes renvoient davantage à la nature de l'interaction médecin-patient, alors que les trois dernières ciblent plutôt le contexte dans lequel se situe cette interaction.

Tout compte fait, la simple technique relationnelle, qui pourrait se résumer à poser quelques questions de nature psychosociale au patient, est insuffisante. En effet, pour créer une bonne relation avec le patient et améliorer sa collaboration au traitement, le médecin se doit d'aller au-delà du simple questionnement sur ses inquiétudes et attentes. À cet égard, il est impératif que le médecin place le malade au cœur de ses préoccupations en lui démontrant qu'il est essentiel dans la relation de soins et qu'il constitue un véritable partenaire. Ceci apparaît d'ailleurs comme le principal enjeu clinique pour le médecin dont la pratique se centre sur le patient (Côté et Hudon, 2005).

### 2.2.2 La relation médecin-patient dans l'approche centrée sur le patient

C'est dans le cadre de la relation médecin-patient que s'inscrit l'ACP. Celle-ci doit se fonder sur une attitude de respect envers la personne traitée, plus précisément envers son autonomie et son droit à la confidentialité, et sur un comportement guidé par la bienveillance de la part du soignant. Ces caractéristiques constituent la pierre angulaire de l'ACP et en ce sens, le professionnel de santé devrait toujours être centré sur le patient (Lussier et Richard, 2008).

Dans l'ACP, ainsi que pour le traitement de maladies chroniques, le médecin doit chercher à établir une relation de partenariat avec son patient (Mayeroff, Roach cités dans Lussier et Richard, 2008), dans laquelle une double expertise est reconnue, à savoir l'expertise biomédicale du médecin et l'expertise personnelle du patient (Kennedy cité dans Côté et Hudon, 2005). Plus spécifiquement, cette relation de partenariat s'inscrit :

dans une recherche permanente d'équilibre, dans une négociation entre une norme thérapeutique proposée par le milieu médical et celle du patient issue de ses représentations, de ses projets et qu'il entretient par son savoir expérientiel, son système de valeurs, ses habitudes de vie (d'Ivernois et Gagnayre cités dans Eymar, 2010, p.49).

Le médecin, centré sur le patient, considère ainsi le soigné comme un véritable partenaire dans la gestion de soins. En ce sens, la relation médecin-patient, bien qu'elle ne soit pas égalitaire, repose sur la coopération, ce qui implique que les responsabilités soient partagées entre les acteurs. Pour assurer ce partage, le médecin doit régulièrement solliciter le patient pendant la rencontre médicale afin de comprendre son point de vue et ses attentes, et il doit inclure le soigné dans la prise de décision thérapeutique (Côté et Hudon, 2005).

Parallèlement, le médecin incarne un rôle d'éducateur qui permet le développement de la compétence profane et tend à la responsabilisation du patient (Thoër, 2013). Il est important de souligner que l'offre de soutien à l'autogestion du patient est une norme du programme du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) (CCAS cité dans Smith, 2010).

Selon ce programme d'agrément, cette norme est inscrite sous le libellé « aider les clients à gérer eux-mêmes leur santé » (Smith, 2012, p.5). Le médecin aura donc pour objectif de motiver le patient, de lui donner l'information nécessaire afin d'actualiser le traitement choisi et de l'accompagner en lui proposant une aide pour qu'il prenne en charge sa maladie (Lussier et Richard, 2008; Traynard et Gagnayre, 2001). Le médecin doit ainsi s'efforcer d'amenuiser les différences de connaissances médicales et faciliter la participation du malade aux soins, en fonction de ses capacités et de ses envies (Say et Thomson cités dans Côté et Hudon, 2005). Les choix pédagogiques du soignant pourront ainsi « favoriser l'accélération des transformations des compétences de santé tout en veillant à respecter leur appropriation par le patient » (Traynard et Gagnayre, 2009, p.3).

Face à un tel défi, les soignants doivent s'impliquer davantage et différemment dans la relation avec leurs patients. Les exigences en lien avec les traitements, des maladies chroniques par exemple, et les besoins individuels du patient créent un ensemble indissociable où les approches biotechnique et psychosociale sont fondamentalement liées et complémentaires. À cet égard, il incombe au médecin la mission de les lier. Cependant, ces deux approches sont encore souvent séparées, voire opposées, en médecine (Assal, 2004). Les médecins devront ainsi aider leurs patients à gérer eux-mêmes leur traitement, les mener vers la responsabilité et l'autonomie. L'interaction qu'ils auront avec les patients, et peut-être même avec d'autres acteurs de soins, les obligera à être plus proactifs que dans les conditions traditionnelles d'exercice solitaire de la médecine (Légaré, 2009). Cela nécessite donc de leur part l'acquisition de compétences pédagogiques. Ainsi, des séminaires, des conférences et des cours de formation continue se sont développés et multipliés à travers les années afin de répondre aux besoins grandissants des soignants (Lacroix et Assal, 2003).

Du côté du patient, ce type d'approche devrait contribuer à ce que les connaissances par rapport à sa maladie se développent. Celui-ci deviendra alors un partenaire plus averti pour discuter d'options de traitements avec son médecin. C'est à ce moment-là que s'établira un véritable partenariat (Lussier et Richard, 2008; Traynard et Gagnayre, 2001). Avec un patient impliqué dans la démarche thérapeutique, une sorte d'alliance contre la maladie se crée et peut permettre une meilleure prise en charge de celle-ci. Toutefois, le médecin ne doit pas

faire porter au patient la responsabilité de la détérioration de son état de santé à la suite d'un incident, ou bien de ses difficultés à réaliser au mieux son traitement, ou encore suite à l'évolution naturelle de la maladie. Au contraire, ce type d'attitude de la part du médecin, qui tend à culpabiliser le patient, s'oppose au concept de partenariat et à ses visées éducatives (Traynard et Gagnayre, 2001). Meilleure est la relation de soins, plus il est facile pour le patient de communiquer efficacement avec son médecin, entre autres au niveau de ses difficultés à suivre son traitement (Bourdon, 2012).

Par ailleurs, des qualités humaines, particulièrement l'écoute active, sont valorisées pour développer une relation de qualité avec les patients. Une relation plus humaine, entre le soignant et le soigné, contribue à l'observance thérapeutique, comme nous pourrons le constater ultérieurement dans cette section du mémoire (Szasz et Hollender cités dans Collignon, Delville et Mercier, 1998).

Somme toute, la relation médecin-patient en situation de soins centrés sur le patient se distingue du fait que le patient et son médecin sont partenaires dans la prise en charge de la maladie, ce qui conduit à une relation de collaboration par la communication. Toutefois, pour que ce partenariat soit un succès, le médecin doit accepter de s'investir dans la relation tout en ayant conscience qu'il s'agit d'un long processus qui évolue en fonction du rythme de vie de la personne soignée (Bourdon, 2012). C'est donc une approche qui est réaliste et longitudinale, comme le sont les soins en médecine familiale. Pour conclure, on considère que cette méthode est un outil essentiel pour bâtir la relation médecin-patient (Côté et Hudon, 2005; Institute for patient and family centered care, 2010).

### 2.2.3 L'approche centrée sur le patient dans le traitement des maladies chroniques

Les approches articulées autour du patient, en particulier celles qui visent à motiver les patients et à renforcer des comportements d'autogestion, comme le suggère l'ACP, sont considérées comme un plan essentiel des soins modernes du diabète et directement liées à l'amélioration des résultats de soins (Forbes, 2013). En effet, la communauté de chercheurs

spécialisés dans la recherche sur le diabète, comme la FID et l'ACD, est de plus en plus consciente qu'un programme centré sur le patient pourrait contribuer à un meilleur respect du traitement, point essentiel dans la gestion de la maladie (Inzucchi *et al.* cités dans Forbes, 2013). Comme mentionné, ces programmes de soins doivent impliquer activement les diabétiques afin que ceux-ci identifient leurs propres objectifs et participent à la prise de décisions concernant leur traitement (National Institute for Clinical Excellence cité dans Forbes, 2013).

Plus particulièrement, dans le cas du traitement du diabète, on peut voir que les *Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*, définies par l'ACD, s'inspirent des principes de l'ACP. Ces *Lignes directrices* prennent en compte l'expérience que chaque patient diabétique a de sa maladie et indiquent que l'individualisation des soins, qui donne des solutions adaptées aux besoins spécifiques de chacun, est la meilleure réponse à apporter pour traiter la maladie (Long et Ahlan, 2013; ACD, 2008). À titre d'exemple, voici quelques objectifs de soins suggérés par les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* :

Tableau 2.1

Exemples d'objectifs de soins tirés des *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*

Soins	Mesures recommandées	Objectifs
Autogestion	- Évaluer les défis posés par l'autogestion et en discuter - Faire de l'éducation sur le diabète et la gestion des risques	- Le patient est informé et peut participer activement à la prise de décisions - Élaborer un plan de traitements acceptable pour le médecin et le patient
Tabagisme	À chaque visite, encourager la personne à cesser de fumer. Au besoin, lui donner du soutien.	Désaccoutumance au tabac.
Contrôle de la glycémie	- Renforcer chez le patient la responsabilité de surveiller sa glycémie régulièrement, comme indiqué - S'assurer que le patient sait comment utiliser un lecteur de glycémie, comment interpréter les résultats et comment rajuster le traitement au besoin	- Avant les repas : (mmol/L) - 4,0 à 7,0 - 2h après les repas : (mmol/L) - 6,0 à 10,0

(tableau inspiré de BC HealthCare, Diabetes Care, Guidelines and Protocols Advisory Committee cités dans Stathères, 2004, p.5)

Il est d'ailleurs important de souligner le fait que les médecins doivent aider leurs patients diabétiques à intégrer ces objectifs dans leur traitement. En effet, il a été démontré, pour les maladies chroniques, une corrélation positive entre la capacité des malades à gérer leur maladie au quotidien et la qualité des soins qu'ils reçoivent (Assal et Golay, 2001). L'ACP prend toute son importance dans la gestion d'une maladie chronique, situation où la participation du patient est essentielle. Les études semblent clairement montrer que l'ACP peut améliorer l'efficacité des soins et réduire la fréquence ainsi que la gravité des complications, en plus d'accroître l'observance chez les patients (Côté et Hudon, 2005; Albano, Crozet et d'Ivernois, 2008). Certains considèrent que l'ACP constitue un levier fort puissant à la disposition des médecins traitants (Forbes, 2013).

Par ailleurs, selon l'OMS, de nombreuses compétences, retrouvées dans l'ACP, sont essentielles pour assurer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques. Tout d'abord, les soignants doivent organiser les soins offerts autour du patient, c'est-à-dire adopter une approche centrée sur ce dernier (Beaulieu, 2013). Cette démarche a été décrite comme un processus par lequel le soignant « essaie d'entrer dans le monde du patient et de voir la maladie par ses yeux » (McWhinney cité dans Beaulieu, 2013, p.21). Deuxièmement, les prestataires de soins doivent développer des aptitudes en communication afin de pouvoir collaborer les uns avec les autres. Ils doivent non seulement établir un partenariat avec les patients, mais aussi travailler en coopération étroite avec d'autres professionnels de la santé afin d'améliorer les résultats obtenus chez les patients chroniques.

#### 2.2.4 L'efficacité de l'approche centrée sur le patient

Bien qu'elle puisse paraître complexe à mettre en place, l'ACP a prouvé son efficacité (OMA, 2010). S'il existe de plus en plus d'articles et d'activités de formation qui portent sur la relation médecin-patient en général et sur l'ACP en particulier, c'est parce que plusieurs résultats de recherche montrent que la qualité de cette relation contribue à une meilleure efficacité des soins (Hall, Stewart, Stewart *et al.*, Maguire, Schillinger *et al.*, Lewin cités dans Lussier et Richard, 2008). Il existe un corpus significatif de recherches, tant canadiennes

qu'internationales, indiquant que les soins centrés sur le patient ont des retombées bénéfiques sur la satisfaction du patient diabétique (Krupat *et al.*, Fossum et Arborelius, Stewart *et al.* cités dans Stewart, Ryan et Bodea, 2011), sur sa motivation, sa compréhension de sa maladie et de ses traitements, sa prise en charge de la maladie (Lussier et Richard, 2008), son observance thérapeutique (Stewart *et al.*, Golin *et al.* cités dans Stewart, Ryan et Bodea, 2011), sa santé générale, son autodéclaration de son état de santé (Stewart *et al.* cités dans Stewart, Ryan et Bodea, 2011) ainsi que son état physiologique, notamment par rapport à son taux de glycémie et à sa tension artérielle (Krupat *et al.*, Stewart *et al.*, Golin *et al.*, Kaplan *et al.*, Greenfield *et al.*, Griffin *et al.*, Rao *et al.* cités dans Stewart, Ryan et Bodea, 2011).

En ce qui à trait aux soignants, qui exercent un rôle central et primordial dans l'orientation et le suivi des patients, ils gagnent aussi à s'engager dans la relation centrée sur le patient puisque cette démarche peut les aider à comprendre les enjeux, les besoins, les sentiments, les valeurs et les représentations du patient, par le biais de l'utilisation de techniques de communication, dans le but d'améliorer les soins offerts (Albano, Crozet et d'Ivernois, 2008). De plus, le fait d'être centré sur le patient les aidera à être davantage à l'écoute des besoins du patient et ainsi, à avoir des attentes plus réalistes envers lui. Cela permet entre autres de réduire la frustration qui s'installe graduellement chez le médecin lorsqu'il constate la non-observance du patient au traitement. Il devrait en découler une relation plus harmonieuse et agréable entre le soignant et le soigné (Côté et Hudon, 2005).

Une approche centrée sur le patient contribuerait également à réduire les coûts de la prise en charge de la maladie, tout en augmentant la satisfaction du patient (Oshima et Emanuel cités dans Thoër, 2013). Selon une étude portant sur 311 patients traités en cliniques familiales, plus la consultation médicale était axée sur le patient, moins les coûts pour les tests de diagnostic étaient élevés pendant les deux mois suivants. En extrapolant ces chiffres à la population canadienne, les chercheurs ont observé que si la pratique de tous les médecins généralistes était axée sur les patients, un tiers des coûts des diagnostics seraient épargnés (Stewart, Ryan et Bodea, 2011). De plus, il semble que l'entrevue centrée sur le patient ne prendrait pas plus de temps que l'entrevue centrée sur la maladie (Marvel *et al.*, Levinson, Gorawara-Bhat et Lamb cités dans Côté et Hudon, 2005).

L'OMS a publié une liste de soixante maladies chroniques ou états du malade, dont le diabète, pour lesquels l'efficacité du traitement est déterminée par le degré de formation thérapeutique du malade (Lacroix et Assal, 2003). Des expériences ont également confirmé les effets positifs d'une éducation des patients, atteints d'une maladie chronique, puisqu'elle contribue à améliorer leur équilibre métabolique et leur qualité de vie, en plus de prévenir des accidents aigus et des complications, tout en favorisant une réduction des coûts de l'État (Traynard et Gagnayre, 2009). Il a été démontré, pour les maladies chroniques, une corrélation positive entre la capacité des malades à gérer leur maladie au quotidien et la qualité des soins qu'ils reçoivent. Autrement dit, la gestion du diabète en partenariat avec le patient peut améliorer la communication et encourager la prise de décision partagée, augmentant ainsi la probabilité que le patient réussisse à gérer sa maladie (Assal et Golay, 2001).

Somme toute, il conviendrait à l'avenir d'impliquer davantage les patients dans la décision médicale, et plus globalement dans le processus de soins. En effet, le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies, la démocratisation de l'accès à l'information et l'augmentation des taux d'inobservance chez les patients modifient largement la dynamique de la relation de soins et de services. De fait, le partenariat, entre le médecin et le patient, qu'offre l'ACP s'impose, selon plusieurs auteurs, comme l'approche la plus apte à répondre aux préoccupations et défis actuels de notre société en matière de santé (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Ce modèle de soins semble réunir tout ce qui est synonyme de bons soins et d'une bonne communication (OMA, 2010). Toutefois, bien que cette approche axée sur le patient ait démontré son efficacité, elle pose des défis aux médecins, qui doivent parfaire leurs aptitudes en communication et leurs connaissances, comme nous le verrons dans la section suivante.

### 2.2.5 Les défis dans la relation de soins centrée sur le patient

Bien que certains médecins arrivent à mettre en pratique une relation de soins centrée sur le patient, de nombreux écrits indiquent que les relations entre les soignants et les soignés sont encore loin d'être idéales (Assal, 2004; Albano, d'Ivernois, Haaran, 2001). En fait, la formation initiale des médecins semble faire peu de place à la relation soignant-soigné et ainsi ne facilite pas l'adaptation du futur praticien aux nouvelles exigences de son mandat de thérapeute. C'est pourquoi il ne sera pas suffisamment bien préparé à affronter les problèmes liés au suivi des maladies chroniques, au partage des décisions et à l'implication du patient (Assal, 2004). En effet, les modèles de soins plus participatifs, comme celui centré sur le patient, restent une mission difficile, car peu de moyens sont mis en place pour combler l'écart qui existe entre les deux dimensions biotechnique et psychosociale de la médecine (Consolli, 2004). Le patient est ainsi, dans les faits, encore trop souvent exclu des décisions et du processus de soin. Ceci nous amène à nous pencher dans la prochaine section de ce mémoire sur les représentations que peuvent construire les soignants à l'égard de l'ACP.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne l'ACP, l'expression « participation du patient » n'est pas encore toujours bien comprise des patients et des praticiens. De plus, cette expression ne revêt pas le même sens chez ses deux parties. En fait, pour plusieurs patients, cette expression est un concept ambigu associé à une vie saine ainsi qu'à un sens de responsabilité par rapport à sa propre santé. Pour les praticiens, ainsi que pour certains patients, elle est souvent simplement associée au respect du traitement thérapeutique et aux directives du médecin. Elle se traduit alors trop souvent comme l'expression des informations générales sur les symptômes divulgués par le patient au professionnel de la santé. En revanche, elle est souvent moins comprise comme un dialogue plus interactif ou une occasion pour le patient de donner son avis (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013).

## 2.3 Les représentations sociales

Étant utilisé dans différentes disciplines (psychologie, sociologie, anthropologie, communication, etc.), le concept de représentation constitue sans doute une des notions les plus polysémiques. D'ailleurs, plusieurs concepts, tels que celui de « croyances » qui est largement utilisé dans la littérature anglo-saxonne, renvoient à la notion de représentations (Crahay *et al.*, 2010). C'est donc pourquoi il est nécessaire de faire certaines clarifications terminologiques. Dans le cadre de ce travail de recherche, la notion de « représentation sociale » a été retenue. Elle sera ainsi définie dans un premier temps, puis son application dans le domaine de la santé et de la maladie sera présentée.

### 2.3.1 La définition des représentations sociales

Au sens large, la représentation se définit comme étant

un ensemble d'images mentales et de croyances, traces langagières et conceptuelles, sensorielles et affectives, psychiques et corticales, encodées dans la mémoire humaine jusque dans son support neurobiologique et permettant d'appréhender le réel (Thiel, 2003, p.13).

Elle désigne l'interprétation que l'on se fait d'un phénomène, de quelque chose, de quelqu'un et renvoie au modèle personnel d'organisation des connaissances par rapport à une situation particulière. La représentation est ainsi le fruit de l'immersion culturelle et de l'expérience que vit l'individu, et apparaît donc comme une forme de connaissance pratique qui constituera notre système de référence (Thiel, 2003; Herzlich, 1969). Les représentations proviennent principalement de nos savoirs et apprentissages antérieurs, et se construisent par des influences multiples au niveau culturel, social, familial, professionnel, scolaire ainsi qu'au travers de nos perceptions directes, etc., et ceci de manière souvent involontaire et inconsciente. L'origine des représentations est alors multiple, et celles-ci varieront selon les

individus et les groupes ainsi qu'à travers le temps. C'est alors pourquoi elles sont qualifiées de sociales.

Aussi, les représentations sociales remplissent plusieurs fonctions :

- « fonctions de savoir » : en permettant l'intégration de connaissances dans un cadre assimilable et donc la transmission de celles-ci, l'échange social;
- « fonctions identitaires » : en permettant l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante et la sauvegarde de la spécificité des groupes;
- « fonctions d'organisation » : elles définissent ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte, et prescrivent des comportements et des pratiques.
- « fonctions justificatrices » : après l'action, elles permettent de justifier des décisions, des conduites, des attitudes ou des prises de position, notamment envers un autre groupe. Cela permet le maintien ou le renforcement de positions sociales (Abric cité dans Mercier *et al.*, 1997, p.9).

Ainsi, les représentations sociales sont des systèmes de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permettent non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constituent également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaborations des réponses (Moscovici, 1988). À titre d'exemple, on pourrait affirmer que ce sont, entre autres, la formation universitaire, les valeurs, les préoccupations et les intérêts des médecins généralistes qui les disposeraient à un certain type de pratique de soins en particulier.

Finalement, les représentations sociales contribuent à la construction d'une réalité commune à un ensemble social au sein duquel elles favorisent la communication, et permettent d'agir sur cet environnement (Jodelet, 1989). En d'autres termes, elles sont une sorte de grille de lecture de la réalité socialement construite et facilitent la communication entre les membres d'une même communauté ou groupe qui partagent ces représentations (Moscovici, 1988; Jeoffrion, 2009).

### 2.3.2 Les représentations sociales : un guide pour l'action

Notre sujet de recherche nous amène à nous intéresser plus particulièrement à l'influence qu'exercent les représentations sociales des médecins généralistes sur leur pratique de soins auprès de leurs patients diabétiques de type 2. Comme mentionné, les représentations sociales influencent étroitement nos rapports et nos pratiques avec autrui. En fait, lorsqu'un individu entre en contact avec autrui, il met ce dernier instinctivement dans une sorte de catégorie mentale afin de savoir par anticipation comment interagir avec lui (Abric, 2007). Pour ce faire, il se sert notamment de ses repères sociaux, qui sont issus de normes culturelles et de son expérience personnelle. Puis, il se base sur ce que lui démontre la personne, sur son corps, sur sa manière d'être, de s'exprimer, et ainsi, en déduit automatiquement plusieurs caractéristiques, qui peuvent d'ailleurs être erronées (Thiel, 2003).

Les représentations sociales que possède l'individu lui permettent donc de déterminer *a priori* les comportements et attitudes qu'il doit mettre en œuvre en fonction de la situation rencontrée. La représentation est alors un guide pour l'action, établissant la finalité et le bien-fondé d'une pratique sociale (L'heureux, Lo Monaco et Guimelli, 2011). En effet, les représentations sociales agissent au sein même d'une dynamique sociale répondant à une logique circulaire. C'est pourquoi elles déterminent les actions du sujet sur son milieu. Par ailleurs, les expériences vécues par le sujet agissent aussi sur ses représentations en les modifiant (Mannoni, Bonardi *et al.*, Sauvé et Garnier cités dans Van Steenberghe, 2011). La plupart des chercheurs semblent s'accorder sur le fait que « les représentations et les pratiques s'engendrent mutuellement » (Abric cité dans Thoër-Fabre, 2005, p.81). Le comportement d'une personne n'est donc pas lié aux éléments qui sont propres à la situation vécue, mais plutôt à la représentation qu'il s'en fait (Abric cité dans Mercier *et al.*, 1997). En d'autres termes, une représentation sociale apparaît comme « une préparation à l'action » en guidant le comportement à adopter, mais aussi en remodelant et en reconstituant les éléments de l'environnement où il se déroule (Seca cité dans Van Steenberghe, 2011). Plusieurs recherches ont mis en valeur des changements au niveau du comportement observé en fonction de la représentation que l'on a de soi-même, du travail à accomplir, de ceux qui nous

entourent et du contexte, et elles ont ainsi mis en lumière des processus articulant actions et représentations (Mercier *et al.*, 1997).

Certains auteurs affirment toutefois que le processus d'influence des représentations sur l'agir des personnes et vice-versa ne serait pas direct. Ils considèrent notamment que le contexte constitue un élément intermédiaire (Garnier et Sauvé cités dans Van Steenberghe, 2011). Ainsi, nous pouvons supposer que les représentations sociales des médecins généralistes pratiquant dans un centre local de services communautaires (CLSC) sont différentes de ceux exerçant en clinique privée, par exemple.

Par ailleurs, les représentations sociales sur les décisions ne s'appuient pas seulement sur des éléments objectifs et raisonnables. C'est entre autres le « danger des prophéties auto-réalisatrices » (Laroche et Nioche cités dans Mercier *et al.*, 1997, p.10), notamment démontrées dans plusieurs études (Word, Zanna et Cooper, Rosen et Jerdee, Bond, Di Candia et MacKinnon cités dans Mercier *et al.*, 1997). Par exemple, si le médecin généraliste estime que les patients diabétiques sont généralement non-observants, il est fort probable qu'il se comporte envers ces derniers d'une manière qui les incitera effectivement à se montrer non-observants. Sa croyance aura donc produit sa propre réponse, cette fois, dans un ordre qui dépasse sa propre perception. Ainsi, les représentations sociales que le médecin généraliste a de ses patients diabétiques de type 2 peuvent altérer sa décision, soit directement, soit indirectement, par des attitudes ou attentes qui, à leur tour, auront des conséquences sur la manière d'agir des patients diabétiques de type 2, ou dans une moindre mesure, la façon dont le médecin perçoit ce comportement. Ceci dit, afin de favoriser l'emploi de l'ACP, il convient de découvrir quelles sont les représentations que les médecins généralistes ont de cette approche de soins, du DT2 et des patients atteints de cette maladie, dans le but de définir les moyens disponibles pour tenter de modifier ces représentations.

Somme toute, l'analyse d'une représentation sociale permet une meilleure compréhension des pratiques qui s'y rapportent, puisque l'on peut cerner ce qui engendre l'adoption de ces comportements. On peut alors se questionner sur la manière dont les connaissances théoriques issues de la formation professionnelle en médecine, essentiellement biomédicale,

s'articulent avec les données acquises à travers l'expérience professionnelle du soignant d'une part, et son expérience personnelle d'autre part.

### 2.3.3 Les représentations sociales en santé

Les recherches entreprises sur les représentations sociales de la santé ont essentiellement porté sur celles qui concernent la maladie. Elles permettent

[d']observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par des individus de notre société, étudier comment s'élabore, se structure, logiquement et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie (Herzlich cité dans Van Steenberghe, 2011, p.27).

En effet, en tant que système d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, et orientant les conduites et les communications sociales (Jodelet, 1999), les représentations sociales sont un concept particulièrement pertinent pour aborder des questions qui touchent à la relation thérapeutique, à la prise en charge d'une maladie, au discours des soignants, etc. Cet outil conceptuel permet notamment de comprendre, voire d'anticiper, les comportements en matière de santé et de maladie (Jeoffrion, 2009).

Appliquées au domaine de la santé et de la maladie, les représentations sociales peuvent être définies comme étant « l'élaboration psychologique complexe où s'intègrent en une image signifiante, l'expérience de chacun, les valeurs, et les informations circulant dans la société » sur la santé et la maladie (Herzlich, 1969, p.27). Les représentations peuvent ainsi porter sur des états de santé ou de maladie comme des personnes « malades » ou leurs comportements (Herzlich, 1969). Ainsi, par l'étude des représentations sociales de la santé et de la maladie, on tentera de cerner les connaissances qui s'y réfèrent, mais aussi les attitudes et comportements dont ces perceptions sont responsables dans la relation qui existe entre la personne, la santé et la maladie (Herzlich cité dans Klein, 2008).

De plus, comme nous l'avons souligné, les représentations sociales diffèrent selon les groupes sociaux. Il a notamment été démontré des spécificités au niveau des représentations sociales, en matière de maladie, chez les professionnels de la santé et les non professionnels de la santé du fait d'un ancrage professionnel distinct (Jeoffrion, 2009). En effet, les patients et les médecins ne partagent pas la même vision de la maladie (Peebles et Moore cités dans Jeoffrion, 2009). Le personnel médical se représente principalement la maladie comme étant un ensemble de signes et de symptômes liés à l'affection, alors que les représentations que se font les patients de la maladie sont davantage axées sur les activités qui leur sont autorisées, c'est-à-dire sur le vécu de la maladie au quotidien, ou encore celles qui leur sont interdites (Boutry, Matheron et Bidat cités dans Jeoffrion, 2009). Au final, les différents auteurs estiment que les représentations sociales de la santé et de la maladie sont indissociables du milieu socioculturel dans lequel évolue l'individu (Jeoffrion, 2009). Enfin, s'intéresser à ces représentations sociales en santé et comprendre où se situent leurs différences est nécessaire pour tenter d'améliorer les échanges entre les professionnels de la santé et les patients, et cela afin de participer activement à la réussite des traitements thérapeutiques.

Par ailleurs, bien que le diabète ait déjà été considéré comme un objet de représentation sociale dans des études menées auprès de gens atteints de cette maladie chronique (Baudrant *et al.*, 2004; Levasseur, 2004), il n'existe pas ou peu, à notre connaissance, d'études s'intéressant au DT2, aux patients atteints de cette maladie chronique et à l'ACP comme objets de représentations sociales chez les médecins généralistes. En explorant les représentations sociales que les médecins généralistes ont de ces objets, cela peut nous éclairer sur leurs croyances, leurs attitudes et leurs actions qu'ils entretiennent à propos de l'ACP, du DT2 et des patients atteints de cette maladie. Rappelons que les représentations sociales peuvent se former au travers des interactions avec le patient, mais également avec les confrères médecins, et sont le produit d'influences multiples, telles que le milieu social, le parcours scolaire en médecine et les médias. Les représentations sociales sont donc un ensemble de contenus, de savoirs qui sont propres à l'individu, mais qui sont également partagés avec d'autres (Moscovici, 1981).

Notre objectif dans ce travail est de comprendre et de décrire la relation médecin-patient, en adoptant la perspective des médecins généralistes. Nous visons aussi à cerner les représentations sociales que construisent ces acteurs à l'égard de la maladie du DT2, des patients atteints par cette dernière et de l'ACP. La rencontre avec des médecins généralistes, pour comprendre comment ils conçoivent ces trois notions, nous a permis d'obtenir une vision de leur conception de ces objets, qui va au-delà de leur simple connaissance biomédicale. Ainsi, au-delà de notre problématique, c'est un travail qui visait à aller à la découverte de l'autre, le médecin généraliste, à l'aide d'une méthodologie qui sera présentée dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE III

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour objectif de présenter les différentes composantes de la méthodologie employée dans le cadre de notre recherche, qui s'inscrit dans une approche qualitative. La technique de collecte des données, soit la réalisation d'entretiens semi-directifs, est détaillée, de même que les caractéristiques des participants et les modalités de recrutement de ces derniers. Nous présentons aussi les principales thématiques qui ont été abordées lors des entretiens et décrivons le déroulement des entrevues. Enfin, nous expliquons notre démarche d'analyse et précisons les mesures prises pour s'assurer du respect des enjeux éthiques reliés à notre recherche.

#### 3.1 La méthodologie employée

Voulant comprendre un phénomène encore peu étudié et souhaitant saisir la perspective des acteurs, nous avons opté pour une approche qualitative. Les techniques d'investigation de la recherche qualitative permettent en effet de recueillir, de façon approfondie et en milieu naturel, l'expérience, les pratiques, les comportements des individus et les représentations qu'ils construisent autour de ces objets (Paillé et Mucchielli, 2003).

### 3.1.1 La méthode de collecte de données

Afin de cerner les représentations et les pratiques des médecins généralistes à l'égard du DT2, des patients atteints de cette maladie, de l'ACP et de saisir leur expérience clinique, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés auprès de sept médecins généralistes pratiquant en clinique privée. Ce type d'entretien est une interaction verbale entre le chercheur et le participant, qui tend à la compréhension d'un phénomène. Une dynamique de coconstruction de sens se met alors en place entre les interlocuteurs où l'on privilégie le sens que les acteurs donnent à leur réalité. Dans le cadre de ce type d'entretien, les participants sont invités à s'exprimer librement et en profondeur en fonction de thèmes proposés par le chercheur. Ces thématiques, préalablement définies dans une grille d'entretien sont suggérées par le chercheur qui doit s'adapter en fonction de la dynamique du discours des répondants. En guidant l'interviewé à l'aide de divers types de relance, le chercheur est en mesure d'approfondir les thématiques à l'étude, tout en prenant soin de ne pas briser le fil de la discussion. Le chercheur devra, de plus, être réceptif aux sujets qui n'ont pas été notés préalablement, mais qui sont mentionnés par les participants (Savoie-Zajc, 2009). Ce type d'entretien nous semblait tout indiqué pour répondre aux objectifs de notre recherche dans la mesure où il nous permettait, étant donné sa flexibilité, « d'obtenir plus d'informations au besoin et également d'atteindre la signification de ces informations » (Mayer et Ouellet, 1991, p.313).

### 3.1.2 Le guide d'entretien

Pour nous aider dans notre démarche, nous avons développé un guide d'entrevue en privilégiant des questions ouvertes afin de permettre à l'interviewé d'explicitier ses points de vue. Des questions de relance étaient également prévues pour nous aider à approfondir les thèmes avec l'interviewé et l'amener à se prononcer sur des thèmes non abordés spontanément. Notre guide est structuré selon cinq grands axes (voir guide d'entretien, appendice A) :

- 1) La maladie du DT2;
- 2) La clientèle diabétique de type 2 traitée;
- 3) Les pratiques de soins et le rôle du médecin généraliste à l'égard du traitement du DT2;
- 4) Les guides de pratique clinique utilisés par le médecin généraliste dans le traitement du DT2, et ses représentations de ceux-ci;
- 5) Les représentations du médecin généraliste à l'égard des pratiques de soins centrées sur le patient.

Le premier axe nous a permis d'aborder la relation entre le médecin et la maladie du DT2. Nous tentions de comprendre les représentations que les médecins se font de cette maladie et de sa progression au cours des dernières années. Le deuxième axe avait pour objectif principal de cerner les représentations des médecins à l'égard de leurs patients diabétiques. Le troisième axe visait d'une part, à recueillir les pratiques de soins des médecins prodigués aux patients diabétiques et d'autre part, à saisir l'influence qu'ils croient avoir sur le cours de cette maladie. Le quatrième axe avait pour but d'identifier les différents guides de pratique utilisés par les médecins dans le traitement du DT2 ainsi que les représentations qu'ils ont de ces derniers. Le cinquième, et dernier, axe nous a permis de concevoir comment les médecins définissent l'ACP dans le soin du patient diabétique et de recueillir leurs représentations à l'égard de cette pratique de soins. Finalement, nous désirions également comprendre comment les médecins conçoivent l'information qu'ils reçoivent au sujet de l'ACP et concernant la communication dans la relation médecin-patient.

Il est à noter que cette structure du guide d'entretien n'a contraint en aucun cas les médecins interviewés puisque nous avons, en tout temps, tenté de nous adapter aux réponses des participants, même si ceux-ci n'abordaient pas les thématiques du guide dans l'ordre prévu. Cette nature flexible de la conduite d'entretien permettait aux participants de développer leurs idées sur les sujets abordés et d'exprimer leurs représentations, tout en nous assurant de couvrir les principales thématiques à l'étude. Enfin, il est à noter que le guide d'entretien a évolué au fil des entrevues afin de nous permettre de nous adapter aux réponses des participants, mais aussi parce que certaines questions ont émergé au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse. Ces modifications et ajustements, destinés à obtenir davantage

d'informations sur leur pratique personnelle, auprès de leurs patients diabétiques de type 2, ont permis d'optimiser progressivement l'efficacité du guide.

Afin d'aider les médecins participants à répondre à nos questions concernant leurs représentations, qui sont difficiles à discuter sans s'appuyer sur les pratiques elles-mêmes, nous avons composé une vignette clinique. Celle-ci reproduit un court scénario décrivant une situation susceptible d'être rencontrée en pratique clinique, mettant en scène un médecin et son patient diabétique de type 2, plutôt non-observant, lors d'une rencontre de suivi pour son DT2 (voir vignette clinique, appendice B). Pour ce faire, nous nous sommes principalement inspirée d'exemples de scénarios de consultations médicales du livre *La communication professionnelle en santé* de Richard et Lussier (2005).

Par ailleurs, un questionnaire était remis aux participants à la fin de chacun des entretiens afin de recueillir certaines données descriptives et de catégoriser notre échantillon. L'objectif du questionnaire était surtout de situer l'échantillon à l'étude dans son contexte, selon des variables sociodémographiques spécifiques (sexe, âge, nombre d'années de pratique et milieu de travail principal). L'utilisation de cet instrument a également permis de préciser certaines des informations recueillies lors des entrevues et d'appuyer les constats émergeant des analyses (voir questionnaire, appendice C).

### 3.2 Les caractéristiques de l'échantillon

Les entrevues ont été menées auprès de sept médecins généralistes ayant au moins six ans d'expérience dans le domaine de la médecine familiale, l'objectif étant de nous assurer qu'ils aient côtoyé de nombreux patients diabétiques de type 2 ainsi qu'une grande variété de malades. Plus spécifiquement, il s'agissait de médecins travaillant en clinique privée dans la région de Montréal, à l'exception d'une participante pratiquant dans la région Sherbrooke, membres du CMQ et rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Nous tenons à préciser que nous avons privilégié les médecins travaillant en pratique privée,

d'une part pour la faisabilité de l'étude, et d'autre part parce qu'ils sont ceux qui sont les plus nombreux à suivre les patients diabétiques au Québec (RAMQ, 2014).

Par ailleurs, malgré nos efforts pour recruter autant de médecins généralistes hommes que de femmes, cela n'a pas été possible en raison des difficultés rencontrées lors du recrutement des participants. À cet égard, les femmes ont répondu plus facilement à nos stratégies de recrutement peut-être parce que les thématiques à l'étude les interpellaient davantage. Notre échantillon compte cinq femmes et deux hommes.

### 3.2.1 Les variables sociodémographiques

Le tableau suivant (3.1) illustre les caractéristiques de l'échantillon à l'étude, recueillies à l'aide du questionnaire :

Tableau 3.1  
Caractéristiques générales des répondants

		Femmes	Hommes	Total
<b>Nombre de participants</b>		5	2	7
<b>Variables sociodémographiques</b>				
Âge	35-40	1	0	1
	41-45	0	0	0
	46-50	0	0	0
	51-55	1	1	2
	56-60	1	1	2
	61-65	2	0	2
Spécialisation(s) (en plus de la formation initiale en médecine)	Médecine familiale	5	2	7
	Autre(s)	0	0	0
Nombre d'années de pratique	Moins de 10 ans	1	0	1
	11 à 20 ans	0	0	0
	21 à 30 ans	0	0	0
	Plus de 30 ans	4	2	6

Il n'est pas possible de donner une moyenne d'âge des médecins généralistes rencontrés, car certains d'entre eux ont préféré indiquer leur âge sous forme agrégée au lieu d'inscrire leur âge précis dans le questionnaire. De plus, la taille limitée de l'échantillon rend cette variable peu pertinente. Nous pouvons seulement souligner que la majorité des médecins rencontrés ont entre 51 et 65 ans.

En plus de leur formation initiale en médecine, tous les participants ont une spécialisation en médecine familiale. Ceux-ci affirment également ne pas avoir d'autres spécialités en médecine, mais ils ont tous participé, au cours de leur carrière, et encore aujourd'hui, à des formations continues ainsi qu'à des colloques dans le domaine de la santé.

De plus, à l'exception d'une participante qui avait moins de 10 ans d'expérience en médecine générale, les médecins répondants avaient plus de 30 ans de pratique dans le domaine. Ainsi, il est possible d'affirmer que la forte majorité de nos participants sont des médecins généralistes d'expérience.

Étant donné que l'ACP est apparue vers à la fin des années 90 au Québec, il est possible de croire que les médecins participants, à l'exception de la participante ayant moins de 10 ans de pratique, n'ont pas été formés à ce type de pratique de soins lors de leur parcours universitaire en médecine. Toutefois, ils ont exercé dans un contexte marqué par un intérêt accru pour la dimension émotionnelle de la maladie, où l'émergence de nouvelles pratiques d'écoute et d'accompagnement se faisait sentir. De plus, de nombreux professionnels de la santé critiquaient le modèle paternaliste dominant et commençaient à réfléchir à des pratiques parallèles (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013).

## 3.2.2 Les milieux de pratique

Tableau 3.2  
Lieux de pratique actuels des médecins généralistes participants

<u>Lieux de pratique</u>			<u>% du temps alloué à cette pratique actuellement</u>			<u>Nombre d'années de pratique dans ce lieu</u>		
Médecin participant à la RAMQ			Clinique privée (pratique de groupe)	CLSC	CHSLD	Clinique privée (pratique de groupe)	CLSC	CHSLD
Clinique privée (pratique de groupe)	CLSC	CHSLD						
Dr Beauvais <sup>7</sup>	X		100 %			plus de 30 ans		
Dr Brisson	X		100 %			plus de 30 ans		
Dre Lanthier	X		100 %			33 ans		
Dre Malo	X		100 %			32 ans		
Dre Corriveau	X		90 %		10 %	35 ans		10 ans
Dre Lacoste	X	X	60 %	40 %		30 ans	25 ans	
Dre Rouleau	X	X	10 %	90 %		10 mois	7 ans	

Il est important de préciser que tous les médecins répondants sont de type « participant », c'est-à-dire qu'ils exercent, et ce, depuis le début de leur carrière, dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec et sont rémunérés par la RAMQ (RAMQ, 2014).

Par ailleurs, comme l'indiquent nos critères de sélection, tous les médecins participants ont une pratique de groupe<sup>8</sup> et travaillent au sein d'une clinique privée. À l'exception d'une participante, le cabinet médical occupe la première place dans leur pratique médicale, et ce, depuis plus de 30 ans. Deux participants pratiquent également dans un CLSC. Cet établissement de soin occupe d'ailleurs la quasi-totalité du temps de pratique d'une de ces médecins. Enfin, parallèlement à sa pratique en clinique privée, une médecin affirme

<sup>7</sup> Un pseudonyme a été attribué à chacun des participants.

<sup>8</sup> Une clinique composée de plusieurs médecins.

également pratiquer quelques heures par mois dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

### 3.2.3 Diversification des données et saturation des catégories à l'étude

L'échantillon à l'étude, composé de sept participants, est majoritairement composé de médecins généralistes d'expérience (plus de 30 ans) pratiquant principalement en clinique privée dans la région de Montréal, de sexe féminin et âgé entre 51 et 65 ans. Ce caractère peu diversifié de notre échantillon s'explique en partie par le fait qu'il a été constitué selon la méthode du réseau de connaissances. Autrement dit, travaillant dans un établissement de soins dans la banlieue de Montréal et ayant d'abord approché des médecins de cette région, nous avons été recommandée à des médecins travaillant principalement à Montréal.

Toutefois, malgré la petite taille de notre échantillon, nous avons atteint une certaine saturation des données récoltées, car l'ajout d'informations, provenant des derniers entretiens, apportait peu d'éléments nouveaux. De plus, nous tenons à préciser que le but de l'échantillonnage en recherche qualitative est de « produire le maximum d'informations » (Lincoln et Guba cités dans Deslauriers, 1985, p.58). Ainsi, peu importe la taille de l'échantillon, petite ou grande, l'important est la production de nouveaux faits. Soulignons toutefois que cette saturation de nos données est partielle puisque notre échantillon est peu diversifié. Les informations obtenues dans cette recherche documentent ainsi principalement les représentations et les pratiques des femmes médecins généralistes, œuvrant dans le régime de l'assurance maladie du Québec, travaillant principalement en clinique privée dans la région de Montréal et ayant plus de 30 ans d'expérience, de l'ACP en contexte du traitement des patients atteints du DT2.

### 3.3 Les modalités de recrutement des participants

Travaillant dans une pharmacie jumelée à une clinique médicale privée, nous avons le privilège de côtoyer un bon nombre de professionnels de la santé, notamment des médecins généralistes. Nous avons donc commencé à recruter via cette voie, trois médecins, soit deux femmes et un homme. Il est important de mentionner que notre lien avec ces médecins restait peu développé, car travaillant majoritairement à la pharmacie, nous côtoyons très peu les médecins généralistes œuvrant à la clinique. Nous n'avons pas non plus le même employeur. Ainsi, nous n'entretiens en aucun cas un rapport d'autorité avec les participants à la recherche. Par ailleurs, étant donné que notre emploi d'assistante technique en pharmacie consiste à travailler auprès d'une clientèle « malade », nous avons demandé à tous les médecins participants de ne révéler aucun nom ou information pouvant dévoiler l'identité de patients dont ils parlaient, ce qui a été respecté par tous les participants.

En concomitance avec le processus de recrutement des participants, nous avons rencontré deux des trois médecins recrutés sur les lieux de notre milieu de travail, soit un homme et une femme médecin, et répondant aux critères de sélection à la recherche afin de réaliser des entretiens « pilotes ». Notons que ces deux médecins font partie du nombre total de participants interviewés pour notre recherche et que ces deux entretiens ont été intégrés dans l'analyse finale. L'objectif de ces interviews était de mettre à l'épreuve notre guide d'entretien dans son ensemble et de consolider les différentes thématiques à l'étude. L'écoute des diverses réactions et considérations émises spontanément par les répondants sur le contenu de l'entretien a confirmé la pertinence des thèmes à l'étude. Elle a aussi été l'occasion d'apporter certains ajustements au niveau de la vignette clinique, soit la modification de certaines caractéristiques du patient diabétique afin de le rendre plus réaliste par exemple, et l'ajout de questions dans la grille d'entrevue pour obtenir plus d'information sur les représentations des médecins à l'égard de leurs patients diabétiques de type 2 et de l'ACP. Nous avons également recadré certaines questions afin d'obtenir des réponses plus centrées sur la pratique de soins des médecins, et moins sur leurs connaissances scientifiques. Ces changements de la grille d'entretien, réalisés à la suite des entretiens « pilotes », ont permis d'aller chercher plus

d'information dans les entretiens suivants, mais nous avons tout de même conservé les entretiens « pilotes » pour analyse, car ils étaient déjà très riches.

Par ailleurs, étant consciente qu'il est difficile d'entrer en contact avec des médecins généralistes, le processus de recrutement s'est poursuivi, sur une base volontaire, par le biais de la technique « boule-de-neige », qui « consiste à utiliser quelques individus de la population à l'étude [, dans notre cas, principalement les médecins provenant de notre lieu de travail,] pour en sélectionner d'autres » (Angers, 1996, p.110). Pour compléter cette technique et optimiser nos chances de recrutement, nous avons opté pour la méthode dite « réseau de connaissances » qui repose essentiellement sur la mobilisation de relations sociales (Blanchet et Gotman, 1992). Nous avons ainsi utilisé différentes modalités de recrutement, tels, un appel téléphonique au cabinet du médecin ainsi que l'envoi d'une lettre d'invitation par courrier postal, par courriel et par télécopieur. Notons que nous n'avons aucun lien avec les autres médecins recrutés dans d'autres cliniques privées. Sur une vingtaine de médecins contactés, neuf médecins ont répondu positivement à notre invitation faite par le biais d'un appel téléphonique à la clinique médicale et par l'envoi d'une invitation par télécopieur. Une seule réponse, quoique négative, a été reçue à notre invitation faite par lettre postale et aucune réponse reçue à notre invitation faite par courriel. Ceci peut sûrement s'expliquer par le fait que les généralistes sont souvent sollicités par diverses études et formations et que leur horaire est souvent très chargé. Afin de nous assurer de la participation des médecins à notre projet de recherche, nous avons dû effectuer un suivi rigoureux, auprès d'eux, sur une période de plusieurs semaines.

Les médecins manifestant un intérêt à participer à la recherche étaient invités à communiquer avec nous, soit par téléphone, soit par courriel, afin de discuter du projet de recherche, puis de fixer une date et un lieu de rencontre pour la tenue de l'entretien, selon leur convenance. Lors du premier contact, nous nous sommes assurée que l'intéressé répondait aux critères de sélection essentiels à l'entretien, soit être médecin généraliste, membre du CMQ, travailler en clinique privée et avoir au moins six ans d'expérience.

Au bout du compte, nous n'avons réussi à réaliser que quatre entretiens complets, avec un homme et trois femmes, sur les neuf médecins, recrutés à l'extérieur de notre lieu de travail, potentiellement intéressés à participer à notre recherche. Notons qu'un cinquième entretien, également avec un médecin recruté à l'extérieur de notre lieu de travail, n'a pu être terminé à cause d'un imprévu chez le médecin, c'est pourquoi nous ne tiendrons pas compte de cette entrevue dans notre recherche. Les quatre autres médecins, qui avaient manifesté le désir de participer à notre projet, ont majoritairement cessé de répondre à nos demandes ou nous ont finalement affirmé ne pas avoir le temps de collaborer.

Somme toute, bien que le recrutement ait été une étape laborieuse qui s'est échelonnée sur une période de près de quatre mois, soit d'avril à juillet 2014, nous avons réussi à recruter sept médecins généralistes, soit trois recrutés sur les lieux de notre travail et quatre à l'extérieur de ce milieu.

### 3.4 Le déroulement de l'entretien

Le déroulement des entretiens s'est fait en trois principales phases. La première avait pour but de présenter le formulaire de consentement, acheminé par courriel avant la rencontre, afin de nous assurer que le participant comprenait les objectifs de l'étude ainsi que les modalités de sa participation, les consignes et le déroulement de l'entretien. Dans un deuxième temps, nous amorçons l'entretien à l'aide de questions ouvertes et d'ordre général, relatives aux thématiques de notre recherche, tout en établissant un climat de confiance. Puis, nous enchaînons avec des questions plus spécifiques et toujours relatives aux thématiques de notre recherche, tout en utilisant la vignette clinique. Pour conclure, nous remercions le médecin de sa participation, et lui demandons s'il avait d'autres questions en lien avec notre projet de recherche.

Les entrevues se sont appuyées sur un guide d'entretien, qui constitue une forme de soutien à la démarche. Nous proposons ainsi aux répondants de s'exprimer sur cinq grandes

thématiques, qui n'ont pas toujours été abordées dans l'ordre prévu, car nous nous sommes adaptée, au cours des entretiens, à la parole et aux thèmes qu'abordaient les participants.

Finalement, afin de garder en mémoire toutes les « subtilités » de la rencontre, comme les détails verbaux et gestuels ainsi que l'ambiance de l'entretien, un rapport d'entretien a été rédigé à la suite de chacune des rencontres. Ce rapport mentionnait également les éléments contextuels de l'entretien, l'évaluation de la conduite de l'entretien et les éléments importants relatifs à notre question de recherche.

### 3.5 Le contexte de l'entretien

Étant consciente des horaires souvent surchargés des médecins, nous souhaitons nous rendre le plus disponible possible, offrant notamment de nous déplacer pour les entretiens. Nous avons donc proposé aux participants de les rencontrer sur leur lieu de travail, au moment qui leur convenait. Ainsi, six entrevues ont été réalisées dans le bureau personnel du médecin généraliste à son cabinet. Seule une entrevue a été réalisée par téléphone, et cela suite à la demande du médecin qui exerçait à l'extérieur de Montréal et avait un horaire très chargé.

Afin de faciliter la retranscription intégrale de tous les entretiens, ces derniers ont été enregistrés à l'aide d'une enregistreuse numérique, avec le consentement des participants. Pour une raison qu'ils n'ont pas voulu préciser, deux participants ont préféré que leur entrevue ne soit pas enregistrée. Nous avons donc pris des notes à la main lors de ces entretiens. Notons que plusieurs médecins participants ont confié être réticents à l'enregistrement de leur entrevue, par peur d'être réprimandés par le CMQ à la suite de certains de leurs propos.

Nous adressant à une population de médecins, nous étions consciente que le temps qu'ils pouvaient nous consacrer était limité. Sur la base d'enquêtes déjà été menées auprès de médecins, nous avons estimé que la durée des entretiens serait de trente à soixante minutes (Thoër, 2010). Les entretiens ont été d'une durée moyenne de 50 minutes, variant entre 45

minutes et 1 heure 9 minutes. Ils se sont déroulés lors de la pause dîner ou entre deux consultations avec des patients. Nous avons donc eu la possibilité d'aller suffisamment en profondeur sur la majorité des thèmes. Toutefois, nous avons eu l'impression que les médecins interrogés semblaient, par moment, pressés de terminer l'entretien, plusieurs regardant leur montre.

### 3.6 L'analyse thématique

Nous avons retranscrit par écrit, au mot près, à l'aide des bandes sonores enregistrées, tout ce qui a été dit par les répondants au cours des entretiens. Ces verbatims ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique qualitative. Ce type d'analyse qualitative s'insère dans la panoplie des méthodes et techniques d'analyse de contenu (Pellemans, 1999; Paillé, 1994). Elle se définit comme étant « une manipulation thématique [qui] consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments significatifs dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières » (Bardin, 1991, p.93). Plus précisément, chaque mot et chaque phrase sont pris en considération et, dans la mesure du possible, placés dans les catégories de classification, créées à partir du guide d'entretien (Pellemans, 1999). Cette méthode d'analyse convient bien à nos intentions descriptives, exprimées dans nos objectifs de recherche, puisqu'elle permet par l'opération de « thématisation » de créer un arbre thématique décrivant les différentes idées exprimées par les répondants et qui sont pertinentes au regard de notre étude.

Nous avons tout d'abord procédé au codage systématique des entretiens. Cette étape consiste à dégager le propos d'ensemble des éléments retrouvés dans chaque verbatim à l'aide de mots ou d'expressions évocatrices. Cette manipulation du matériel s'est réalisée en deux phases complémentaires, soit le codage vertical et horizontal.

Le codage vertical consiste à dégager, relever, nommer et thématiser les propos développés dans chacun des entretiens. Le but est de dégager, le plus fidèlement possible et avec le plus de concision possible, les témoignages livrés lors des entretiens, mais aussi d'en faire

ressortir les thèmes et d'identifier des catégories préliminaires, des regroupements de thèmes (Pellemans, 1999). Ce type de codage a débuté dès le premier entretien et s'est poursuivi à fur et à mesure de la collecte des données. Ainsi, notre codage initial a évolué, puis s'est perfectionné avec la réalisation de nouveaux entretiens.

La seconde phase de codage dite horizontale ou transversale nous a permis de repérer les différentes variantes d'un thème d'un sujet à l'autre dans l'ensemble du corpus. Nous reprenions donc chaque thème dans chaque entretien et essayons par la suite de les compiler à travers l'ensemble des interviews. Cette étape nous a permis de poursuivre la démarche de construction des thèmes et des catégories (Ghiglione et Matalon cités dans Blanchet et Gotman, 1992; Pellemans, 1999). Ainsi, les thématiques initiales se sont transformées lors de l'analyse du corpus : certaines ont été regroupées ou créées alors que d'autres ont tout simplement été rejetées, notamment celles du soin du patient prédiabétique, de la relation médecin-patient prédiabétique, des étapes de la prévention du DT2 ainsi que des complications possibles du DT2, contrôlées ou pas, sur la santé du patient diabétique. Ces modifications, créations et suppressions ont été effectuées parce que, les thématiques en question, n'étaient pas suffisamment en lien avec notre question de recherche ou ne permettaient pas d'approfondir notre problématique de recherche.

Nous sommes alors passée à l'étape de la catégorisation, où des catégories plus conceptuelles sont créées à partir de l'exploitation de la codification initiale et font donc ressortir les aspects les plus marquants du phénomène à l'étude. Cette étape n'est pas isolée de l'étape du codage. Au contraire, il y a un même chevauchement entre ces deux étapes (Deslauriers, 1985). Notre catégorisation des éléments émanant des entretiens cumule ainsi des catégories définies préalablement et des catégories qui ont émergé au cours de l'étude. Cette étape permet de donner un sens aux données recueillies.

Enfin, dans une dernière étape, nous avons procédé à la mise en relation des catégories afin d'établir des relations entre des catégories qui étaient relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que leurs liens soient explicités (Paillé, 1994) et de répondre à nos questions de recherche.

### 3.7 La validité des résultats et la fiabilité des techniques

Afin de valider des méthodes qualitatives, il convient de produire des résultats ayant « une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié » (Mucchielli, 1996, p.265). Dans notre cas, il s'agissait de cerner l'expérience et le sens que donnent les médecins généralistes de l'ACP dans le cadre du traitement de patients atteints du DT2. Nos entretiens nous ont effectivement permis de cerner ces dimensions.

Nous envisageons toutefois qu'il y ait un certain biais de désirabilité. Étudiante en communication, nous annonçons lors de la présentation des objectifs de la recherche que nous nous intéressons à la communication dans la relation médecin-patient. Aussi, il est possible que cela ait produit une sorte de retenue, de gêne ou encore une modification du discours des participants rencontrés. Nous avons cependant le sentiment que cette limite a été dépassée puisque les médecins rencontrés étaient assez expressifs et volubiles et n'hésitaient pas à souligner les limites ou les contraintes limitant l'usage de l'ACP. Nous pensons que nos efforts pour établir un climat de confiance dans le cadre des entretiens ont sans doute été utiles pour que les médecins rencontrés soient suffisamment à l'aise pour nous faire part de leurs expériences, même négatives, et de leurs représentations. La vignette clinique s'est révélée être un très bon outil pour aider les participants à s'exprimer. Par la suite, pour la grande majorité, les médecins participants ont cessé de faire référence à la vignette clinique, racontant des exemples de leur propre expérience clinique.

Nous avons cependant rencontré certaines difficultés à faire sortir les participants du cadre biomédical. Autrement dit, malgré le fait que nous nous intéressons à une problématique en lien avec la communication pour la santé, ainsi qu'à leur expérience personnelle et à leur point de vue, ceux-ci avaient tendance à élaborer longuement sur les aspects biomédicaux de la prise en charge de patients diabétiques. Ces résultats sont en tant que tels éloquents, montrant combien la vision biomédicale marque la pratique de soins. C'est aussi celle avec laquelle les médecins sont le plus à l'aise. Il est également possible que le fait de réaliser les entretiens dans les bureaux de consultation n'ait pas aidé les participants à se dégager de leur

statut de médecin. Nous avons tout de même réussi à obtenir des informations sur leur expérience et leurs représentations à l'aide de techniques d'entretien, principalement celle du recadrage, et de la vignette clinique.

### 3.8 Les considérations éthiques

Étant donné que ce projet de recherche vise à faire participer des sujets humains, une demande d'approbation éthique a été déposée et acceptée par le Comité d'éthique de la recherche étudiante (CERPÉ) de l'UQAM (voir certificat d'accomplissement éthique de la recherche avec des êtres humains, appendice D).

De plus, un formulaire de consentement a été développé et validé par ce même comité d'éthique. Chaque participant a été invité à prendre connaissance de ce formulaire, après que les conditions de participation lui aient été présentées, et à le signer au début de chaque entretien. Ce formulaire est présenté en appendice E.

La demande d'approbation éthique a été l'occasion pour nous d'examiner plus particulièrement deux dimensions éthiques : l'anonymat et la confidentialité des données ainsi que les risques encourus par les participants à la recherche.

#### 3.8.1 L'anonymat et la confidentialité des données

Afin d'assurer l'éthique de notre recherche, toutes les données recueillies ont été traitées de manière anonyme. Nous étions donc seule avec notre directrice de recherche à avoir accès à l'enregistrement des entretiens et au contenu de leur transcription. Par souci de préserver l'anonymat des participants, un pseudonyme a été attribué à chacun des participants, même si certains ont affirmé n'avoir aucune objection à ce que nous divulguions leur identité dans la recherche. Pour ce qui a trait à l'âge et au nombre d'années de pratique en médecine générale de chaque participant, nous avons choisi de présenter ces données sous forme agrégée pour

limiter les possibilités d'identifier un médecin. Seul le sexe du participant est présenté tel quel. Par ailleurs nous avons supprimé les éléments de nature personnelle dans les extraits cités afin qu'il ne soit pas possible d'identifier le participant.

Ce respect de l'anonymat et de la confidentialité avait comme objectif de faire en sorte que les participants puissent s'exprimer plus librement sur leur pratique clinique. D'ailleurs, dès le premier contact, nous avons clairement expliqué à chacun des participants les aspects éthiques de la recherche, leur précisant aussi qu'ils avaient la possibilité de se retirer de la recherche jusqu'au dépôt du mémoire.

Par ailleurs, afin d'assurer un retour sur les résultats, sous forme de synthèse, vers les participants intéressés suite au dépôt de la présente recherche, nous avons recueilli, lors de l'entretien, leur nom et leurs coordonnées. Ces informations seront détruites après le dépôt final du mémoire.

### 3.8.2 Les risques pour les participants et les précautions prévues

Les participants n'ont éprouvé aucun risque physique ou économique en participant à la recherche. Toutefois, lors de l'entretien, il y avait un risque que les participants réalisent qu'ils ne connaissaient pas, ne pratiquaient pas ou maîtrisaient mal l'ACP. Ceci aurait donc pu causer un malaise ou un stress chez ces derniers ou bien occasionner une remise en question de leur façon de traiter leurs patients. Afin de minimiser ce risque, nous n'avons pas présenté l'ACP comme constituant la bonne et unique façon de traiter les patients diabétiques de type 2. Au contraire, nous avons insisté sur le fait que l'étude s'intéressait principalement à saisir leur expérience, leurs opinions, leurs représentations et leurs pratiques en la matière, et souligné qu'il n'y avait pas de bonnes réponses. Nous avons ainsi insisté sur le fait que l'objet de la recherche n'était en aucun cas d'évaluer leur pratique, soulignant d'ailleurs que nous n'étions pas médecin.

Par ailleurs, si certains médecins avaient exprimé des besoins d'information concernant les sujets traités lors de l'entretien, ce qui n'a pas été le cas, nous avions des documents et feuillets, publiés ou produits par DQ, l'ACD et la FID, que nous aurions pu leur remettre à la demande.

## CHAPITRE IV

### ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS ET DES PRATIQUES DE SUIVI DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AUPRÈS DE LEURS PATIENTS DIABÉTIQUES DE TYPE 2

Ce chapitre est dédié à l'analyse des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes rencontrés. Dans un premier temps, nous présentons les données recueillies concernant leurs représentations à l'égard de la maladie du DT2, de leur clientèle atteinte de cette maladie et de l'ACP en contexte de traitement des patients atteints du DT2. Puis, nous exposons les pratiques de soins utilisées par les médecins généralistes auprès de cette clientèle.

#### 4.1 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de la maladie du diabète de type 2

Dans le cadre de cette première partie des analyses, nous tentons de cerner les représentations qu'ont les médecins généralistes rencontrés de la maladie du DT2. Plus spécifiquement, nous présentons les caractéristiques qui leur semblent définir le DT2 ainsi que les impacts et les enjeux du DT2 qu'ils perçoivent sur la qualité de vie des patients atteints de cette maladie. Nous terminons en présentant leur vision de la progression de la maladie au cours des dernières années.

#### 4.1.1 Les principales caractéristiques du diabète de type 2

Lorsque nous avons demandé aux médecins généralistes de nous parler des caractéristiques du DT2, ils ont tous indiqué que le DT2 est une maladie **multisystémique**, c'est-à-dire qui affecte plusieurs systèmes du corps humain. Tous les médecins ont insisté pour énumérer, et même expliquer longuement, les multiples complications, certaines très graves, occasionnées par le DT2 :

La première chose, on pense aux maladies cardiaques que ça va entraîner d'abord. Les gens vont avoir les artères de bouchées. Ça l'implique infarctus, AVC, paralysies, et compagnie. Ça bouche les artères au niveau des jambes, amputations dans les cas extrêmes. Donc on va penser à ça. Des plaies qui ne guérissent pas aussi. On va penser aussi aux engourdissements, comme au niveau des jambes, des pieds, on va penser à la vision qui va baisser [...]. (Dr Corriveau)

Tous les médecins répondants considèrent par ailleurs que le DT2 est une maladie qui peut être **contrôlée**, et soulignent le rôle que doit jouer le patient dans la gestion de sa maladie. Autrement dit, avec des traitements non pharmacologiques, principalement de l'exercice physique et un régime alimentaire sain, et, pour certains, un traitement pharmacologique, la personne diabétique peut arriver à bien contrôler son DT2, et ainsi éviter plusieurs complications. Toutefois, les médecins ne s'accordent pas sur la capacité des patients à pouvoir exercer un contrôle efficace de leur maladie. À cet égard, deux médecins soulignent que la prise en charge du DT2 est relativement simple à effectuer pour le patient atteint de cette maladie :

Il [*le DT2*] peut facilement être contrôlé si le patient fait attention à ce qu'il mange, comme couper les aliments sucrés, s'il fait de l'exercice physique régulièrement. Puis si c'est pas assez, je peux lui prescrire des médicaments pour aider à stabiliser sa glycémie. Donc avec ça, ça devrait être bien (Dr Brisson).

Mais, la majorité des médecins souligne plutôt la difficulté de la gestion du DT2 pour le patient, du fait des changements nécessaires qu'il doit entreprendre au niveau de ses habitudes de vie. Autrement dit, ces changements, que les patients diabétiques doivent apporter, apparaissent complexes pour les soignants répondants étant donné leur ampleur, la durée de la maladie et la difficulté des individus à changer leurs habitudes de vie :

C'est très difficile de changer sa routine, de changer ses habitudes de vie, de prendre des médicaments régulièrement, de s'habituer à ça. Ça peut vraiment être comme *overwhelming* tout ça pour le patient diabétique (Dre Rouleau).

Dans cet ordre d'idées, à savoir que le DT2 peut être contrôlé, une des médecins précise qu'elle préfère décrire le DT2 comme un problème chronique nécessitant une gestion quotidienne, et non pas comme une maladie. Elle explique que :

Lorsqu'on dit « maladie », les gens se disent *OH MY GOD* je suis malade. Mais, le diabète, ça dépend. Il dépend du mode de vie, de ce que mange la personne, de comment elle mange, comment elle dépense son énergie en calories avec l'exercice. Donc en partant comme ça, les patients sont plus aptes. Ils comprennent qu'ils peuvent changer leur situation, qu'ils peuvent la prendre en main, la gérer. Il comprend qu'il peut changer sa santé sans médicament, et je dis OUI (Dre Malo).

C'est d'ailleurs de cette façon que cette médecin présente et décrit le DT2 à ses patients diabétiques. Plus précisément, elle désire que ses patients diabétiques comprennent qu'ils ont le pouvoir d'améliorer leur état de santé et qu'ils ne sont pas « prisonniers » du DT2 ou que cette maladie ne définit pas leur état de santé global.

Une autre idée mentionnée, par la majorité des médecins répondants au sujet du DT2, est que cette maladie peut être, dans certains cas, évitée. Autrement dit, nos répondants considèrent, comme indiqué précédemment, que certains facteurs pouvant causer le DT2, comme le surpoids, les mauvaises habitudes alimentaires et le faible niveau d'activité physique, peuvent

être contrôlés par le patient. Ils expliquent ainsi que si les facteurs, causant la maladie, peuvent être contrôlés, le DT2 peut être évité. Par exemple, un médecin indique que

si les gens mangeaient bien, comme ce que suggère le guide alimentaire canadien, et faisaient de l'exercice, comme le suggère le guide aussi, on n'aurait pas autant ce problème [*le DT2*] dans la société (Dr Brisson).

Enfin, trois médecins qualifient le DT2 de maladie « **traîtresse** », principalement à cause de son caractère asymptomatique et multisystémique. Une de ces médecins explique ainsi que c'est une maladie qui est « à bas bruit, les gens n'ont pas beaucoup de symptômes, mais ça cause de graves problèmes, à long terme, nuire à la qualité de la vie et à la longueur de la vie. Souvent, les patients ne les voient pas venir. Les conséquences peuvent être graves » (Dre Corriveau).

#### 4.1.2 Les impacts du diabète de type 2 sur la qualité de vie du diabétique

Les maladies chroniques, comme le DT2, correspondent à des maladies de longue durée, évolutives, souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves (Traynard et Gagnayre, 2001). C'est d'ailleurs ce que soulignent aussi les médecins rencontrés au sujet du DT2, ceux-ci distinguant toutefois les impacts de cette maladie à court et à long terme.

##### 4.1.2.1 À court terme, une maladie asymptomatique ou peu symptomatique

Tous les médecins participants affirment que le DT2, diagnostiqué ou non, est, à court terme, généralement asymptomatique et qu'il peut le demeurer durant de longues années. Dans ce cas, les médecins considèrent que la qualité de vie de la personne atteinte n'est pas affectée, et que celle-ci ne devrait ressentir aucun inconfort lié à la maladie :

Il y a beaucoup de gens qui ne savent pas qu'ils sont diabétiques, qui n'ont pas de symptômes, qui n'ont pas de médecins de famille, qui n'ont jamais passé de prises de sang, donc ils ne le savent pas qu'ils sont diabétique, puis ils fonctionnent super bien. Ils vivent bien. Ils sont asymptomatiques. Ils ne savent pas qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas bien. Ils se sentent comme pareil qu'avant (Dr Brisson).

Cependant, les médecins considèrent qu'il y a des exceptions. Certaines personnes atteintes éprouvent des symptômes dès le commencement de la maladie. Trois répondants jugent que ces symptômes sont relativement légers :

Si le patient éprouve des symptômes au commencement de la maladie, c'est principalement une soif persistante, urination fréquente, légère fatigue, amaigrissement. En général, c'est rien de très très alarmant pour un patient... surtout pour une personne qui ne voit pas son médecin régulièrement. Le patient va attendre quelque temps avant de voir le médecin parce c'est pas... comme urgent ou pressant (Dre Lacoste).

Cette situation change toutefois lorsque la personne atteinte ressent des symptômes plus importants, voire est confrontée à des complications qui viennent inexorablement lorsque la maladie est avancée et/ou non contrôlée.

#### 4.1.2.2 Des conséquences qui peuvent être graves à long terme

Comme l'indiquent tous les médecins participants, tôt ou tard, le patient souffrant d'un DT2 qui est mal ou non pris en charge sera confronté à un grand nombre de complications, notamment des problèmes visuels et cardiovasculaires, des douleurs aux jambes et aux pieds, etc. Comme l'expliquent les médecins, ces complications contribuent considérablement à la réduction de la qualité de vie, à des limitations et à un risque accru de morbidité pouvant aller jusqu'au décès. Les médecins perçoivent ainsi le DT2 comme une maladie contraignante qui complique la vie du patient et peut avoir des conséquences graves :

S'il fait une crise cardiaque à cause qu'il a pas géré son diabète, il peut subitement être très fatigué, pas capable de faire ce qu'il fait d'habitude, plus capable de travailler, peut-être plus capable de faire du sport. Et quelqu'un qui fait un AVC peut être dans une chaise roulante, il peut être obligé d'utiliser une marchette. Il peut avoir beaucoup de difficulté à faire ce qu'il fait d'habitude, donc des activités de la vie quotidienne vont être affectées très souvent, mais comme plus à long terme (Dr Brisson).

Les conséquences liées au DT2 sont généralement considérées par les médecins comme plus graves que la maladie elle-même. Ce sont elles qui sont vues comme étant plus dangereuses pour la santé. Du fait de ces conséquences et parce que le DT2 est une maladie progressive, la plupart des personnes atteintes devront, selon les médecins rencontrés, éventuellement prendre des médicaments et modifier leurs habitudes de vie en vue de contrôler leur taux de glycémie. Tous les médecins participants s'accordent sur le fait que la qualité de vie du patient atteint du DT2 est, par ces transformations, diminuée. Une des médecins dira ainsi que le DT2 est une maladie pénible pour le patient, également à cause de la lourdeur de sa prise en charge. Les médecins sont donc, pour la plupart, conscients que les recommandations et le traitement prescrits exigent beaucoup de volonté de la part du patient et nécessitent un effort considérable de changement. Ils constatent d'ailleurs que les patients ont beaucoup de difficultés à effectuer les changements nécessaires :

La plupart du temps, s'ils ont des médicaments à prendre, s'ils doivent suivre une sorte d'apprentissage sur le diabète, ça va demander des changements dans sa vie. Il va aussi devoir regarder sa diète la plus part du temps, commencer un programme d'exercice. S'il ne fait pas déjà tout ça, ça va changer sa vie, c'est certain. Ça va être très différent pour lui. C'est pas facile. Ça va vraiment affecter ou comme changer sa vie au quotidien (Dre Rouleau).

Parallèlement à l'aspect progressif de la maladie, la majorité des médecins insistent sur le fait que le DT2 est une maladie chronique, c'est-à-dire de longue durée, qui se dégrade inéluctablement si elle n'est pas bien contrôlée. De plus, ils mettent l'emphase sur la gestion de la maladie par le patient diabétique tout au cours de sa vie. Même si son DT2 est bien contrôlé, les médecins affirment que le diabétique devra continuer à faire de l'exercice

physique, à bien manger, à prendre ses médicaments, à vérifier sa glycémie, etc., au fil du temps.

Cette chronicité du DT2 est d'ailleurs perçue, par tous les médecins, comme un obstacle à la bonne prise en charge par le patient. La majorité des médecins affirme en effet qu'une grande proportion des patients diabétiques devient moins adhérente au traitement au cours des années : « Les patients en ont marre de toujours faire attention à ce qu'ils mangent, de prendre leurs médicaments, de bouger régulièrement » (Dre Lacoste).

Certains médecins soulignent par contre que le caractère « chronique » de la maladie, lorsqu'il est présenté aux patients peu après le diagnostic, les inquiète peu, sans doute parce que ceux-ci ne comprennent ni l'ampleur, ni le danger que peut avoir cette maladie à long terme. Toutefois, le diagnostic peut s'avérer très difficile à accepter pour d'autres patients, et plus particulièrement pour ceux connaissant des gens diabétiques.

#### 4.1.3 L'explosion du nombre de patients diabétiques de type 2 selon les médecins généralistes

Depuis les dernières années, la problématique du DT2 est de plus en plus présente dans l'actualité. D'ailleurs, selon tous les médecins répondants, c'est un problème de santé qui a atteint des proportions épidémiques en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde.

##### 4.1.3.1 Les causes de l'augmentation du nombre de diabétiques de type 2

En plus des facteurs de nature biologique, comme l'hérédité, l'âge et l'ethnicité, tous les médecins participants indiquent qu'une des principales causes expliquant la hausse du nombre de personnes diabétiques de type 2 au Canada est l'accroissement du taux d'obésité.

L'obésité est, selon les répondants, principalement associée à la sédentarité de la population ainsi qu'à la mauvaise alimentation ou à une alimentation excessive en termes de quantités :

C'est simple, en mangeant plus et en faisant moins d'activité physique, les gens deviennent obèses. Et là, tu as des chances de diabète. La tendance de la population de faire moins d'exercice et la tendance de la population en Amérique du Nord [...] de manger plus et mal manger. Donc, les calories consommées augmentent et les calories qui viennent du sucre et du gras augmentent, donc la proportion de « mauvaises calories », si vous voulez, ça l'augmente et c'est donc depuis 15 ans qu'on a constaté ça. Et surtout depuis cinq à dix ans que la population gagne du poids... c'est l'obésité (Dr Brisson).

Pour sa part, et parallèlement à l'obésité, une des médecins insiste sur une autre cause. Elle précise que le « sucre caché » dans l'alimentation est un autre facteur important à considérer, une responsabilité qui, à son avis, incombe à l'industrie alimentaire. Elle explique qu'en Amérique du Nord, les gens ont une alimentation beaucoup trop sucrée, ce qui cause l'obésité et donc, le DT2 :

Il y a du sucre partout. C'est pour ça que l'alimentation tue les gens avec le sucre. [...] Tout est sucré dans l'alimentation nord-américaine! Toutes les machines dans les établissements! À l'hôpital, tu as des *chocolates bars*, des barres tendres sucrées. Il n'y a pas de fruits frais appétissants. [...] En plus, quand ils [les gens] sont fatigués, les Tim Hortons, les *fast foods*, les jus, les muffins, les beignes... C'est très très très sucré tout ça. C'est mauvais (Dre Malo).

Enfin, pour les médecins rencontrés, ces principaux facteurs, tels que l'obésité et le « sucre caché » dans les aliments, créant une explosion du nombre de patients diabétiques, ont évidemment de graves conséquences à plusieurs niveaux, comme nous le verrons dans le point suivant.

#### 4.1.3.2 Les impacts de l'augmentation du nombre de personnes atteintes du diabète de type 2

En raison de l'augmentation constante du nombre de personnes atteintes du DT2, de sa chronicité et de la gravité de ses complications, tous les médecins participants affirment que le Québec risque de basculer dans une situation problématique et inquiétante, principalement aux plans économique et social.

La majorité des médecins explique que la progression des cas de DT2 entraînera des coûts importants, englobant principalement les services hospitaliers et les prestations médicales, ainsi qu'une demande de ressources en matière de soins de santé énorme, surtout si l'on considère que près de la majorité des personnes diabétiques présenteront des complications débilantes, voire mortelles.

À cela s'ajoutent de lourdes conséquences pour la société, qui ne sont mentionnées que par trois médecins. En raison de la gravité des complications du DT2, une de ces médecins s'inquiète particulièrement de la qualité de la santé de la population québécoise. Elle indique que

c'est très inquiétant qu'il y ait de plus en plus de patients diabétiques parce que les gens vivent de plus en plus vieux. On les veut en forme. On ne veut pas qu'ils soient tous hypothéqués, avec des paralysies, des amputations puis d'autres problèmes majeurs pour la santé. C'est grave! (Dre Corriveau)

Un autre médecin se préoccupe plutôt de la capacité des diabétiques à travailler et à participer à la vie sociale à cause des multiples complications possibles, comme des paralysies ou des problèmes de vision.

Enfin, tous les médecins participants expriment une inquiétude par rapport à la hausse importante du nombre de jeunes atteints du DT2. Ils expliquent que le DT2 était anciennement associé à une clientèle plus âgée, ce à quoi ils s'étaient habitués. Mais, la situation des jeunes est différente et leur semble plus problématique :

Techniquement, le diabète s'était associé avec l'âge. Quand on vieillit, la machine vieillie avec. Donc pour un adulte, on peut comme s'y attendre. Mais pour les jeunes... c'est pas bon. C'est vraiment pas bon. On voyait pas ça avant (Dre Lacoste).

Un des médecins répondants prévoit ainsi que, de plus en plus, les complications liées au DT2 se produiront à un âge prématuré, où les personnes sont encore économiquement actives dans la société, aggravant les impacts de cette maladie pour les patients et la société.

#### 4.1.4 L'importance de la prévention du diabète de type 2

Comme mentionné précédemment, les médecins considèrent que le DT2 peut souvent être évité grâce au maintien d'un poids santé et d'une activité physique régulière. Afin d'éviter la hausse du nombre de gens atteints par le DT2 ainsi que les multiples complications liées à cette maladie, tous les médecins soulignent qu'il est primordial d'en faire la prévention auprès des personnes à risque de contracter cette maladie ainsi que de celles qui cherchent à retarder la maladie ou à la prévenir :

Il faut essayer de travailler à la base de la prévention. Encore la prévention. La prévention tout le temps parce que si on attend que le patient soit diabétique, c'est sur qu'il y a encore des choses à faire, mais on a un petit peu manqué le bateau. Fake il faut essayer d'attraper les gens très tôt et essayer de régler le problème d'obésité parce que c'est la cause du diabète. Il faut éviter les conséquences que ça va avoir. Il faut arranger ça maintenant. Faut pas attendre (Dre Lanthier).

Par ailleurs, près de la moitié des médecins participants insistent sur le fait que la prévention effectuée par les médecins de famille auprès des patients est loin d'être suffisante pour prévenir le DT2 au Québec. Ils affirment que la prévention, qui est faite actuellement par les différents acteurs dans la société (école, travail, gouvernement) pour faire face à cette maladie, est insuffisante. À cet égard, ils signalent qu'il faut agir plus activement et

rapidement pour alléger le fardeau que la maladie impose. Seule une médecin aborde les moyens de prévention pouvant être mis en place au Québec, au niveau des environnements, des municipalités et du système de santé. Par exemple :

Il faudrait plus valoriser les légumes frais, viandes de meilleure qualité dans les épiceries, rendre ça à bon marché, pour rendre ça accessible. Surtout pour ceux qui sont sur une pension. Pour pouvoir avoir une meilleure qualité de nourriture pour eux. J'aimerais voir plus de diététiciennes dans les supermarchés qui peuvent guider les gens. Éviter les mets déjà préparés. Il faut faire plus que de la prévention. Ma prévention auprès du patient n'est vraiment pas suffisante (Dre Malo).

Cette médecin précise également que plus de prévention devrait être faite concernant les complications liées au DT2, mais aussi au niveau de la promotion de saines habitudes de vie par différents acteurs dans la société (milieu de travail, école, programmes de promotion et prévention subventionnés, etc.).

Enfin, trois médecins insistent sur le fait que la prévention du DT2 est une question de société, et considèrent que tous les acteurs de la société doivent participer à la prévention de cette maladie chronique. Par exemple :

C'est pas juste aux médecins de famille, tu sais. C'est aussi aux patrons des entreprises d'offrir des choix santé dans les cafétérias de travail et même de parler des risques du diabète, aux écoles de faire des règlements contre la malbouffe et d'insister sur l'importance de bouger. Ça peut aussi être les municipalités qui interdisent les restaurants *fats food* ou *drive-through* (Dre Lacoste).

## 4.2 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de leur clientèle diabétique de type 2

Dans cette seconde section de l'analyse, nous nous efforçons de décrire les représentations qu'ont les médecins généralistes rencontrés des patients atteints du DT2. Il est important de préciser que ces représentations sont principalement construites sur la base de leur expérience auprès de leur clientèle diabétique, ceux-ci s'appuyant sur des constats opérés auprès de leur clientèle.

En décrivant leur clientèle diabétique de type 2, tous les médecins répondants opèrent une distinction entre deux types de patients diabétiques. D'une part, il y a les patients prédiabétiques, que nous ne présenterons pas dans cette recherche, et ceux déjà atteints du DT2, sur lesquels nous allons nous concentrer ici.

### 4.2.1 Le profil socioéconomique des patients diabétiques de type 2

Tout d'abord, il est important de préciser qu'il n'y a pas unanimité entre les médecins répondants sur le profil type du patient diabétique de type 2. Chaque médecin semble avoir une vision personnelle du patient diabétique mettant de l'avant certaines caractéristiques socioéconomiques plutôt que d'autres, comme le sexe, l'âge et le niveau socioéconomique.

Au niveau du **sexe** des patients diabétiques traités, la grande majorité des répondants affirme soigner actuellement autant d'hommes que de femmes dans leur pratique en clinique privée. En effet, une de ces médecins précise qu'autrefois, les hommes atteints du DT2 étaient plus nombreux : « Aujourd'hui, il y a plus de femmes diabétiques qu'avant. Les femmes sont de nos jours plus occupées, et par conséquent font moins d'activité physique, consomment plus de repas prêts à l'emploi, qui comportent beaucoup de sodium et de sucre » (Dre Lanthier). Une autre médecin partage cette idée, mais sans trop préciser pourquoi. Deux autres médecins affirment

traiter plus de femmes que d'hommes atteints du DT2, mais cela s'explique par le fait que leur clientèle est composée majoritairement de femmes.

Pour ce qui est de l'âge du patient diabétique traité, la grande majorité des répondants présente un patient dans la cinquantaine. Il est à noter que n'acceptant plus de nouveaux patients dans leur clientèle depuis quelques années, ces médecins affirment avoir une clientèle plus âgée qui a vieilli avec eux au fil des ans. Ils n'ont ainsi aucun enfant, ni adolescent dans leur clientèle et très peu de jeunes adultes. Seule une médecin affirme avoir une clientèle diabétique plus variée en termes d'âge, ce qui s'explique par le fait qu'elle est encore en train de bâtir sa clientèle en clinique privée. De la sorte, elle affirme qu'il n'est pas possible de donner un âge moyen pour sa clientèle atteinte du DT2.

Bien que soignant une clientèle peu variée en termes d'âge, plusieurs constatent l'apparition d'une clientèle considérée comme jeune pour avoir un DT2. Ces constats proviennent principalement d'informations reçues par leurs collègues soignants et d'articles scientifiques. Cette jeune clientèle diabétique est perçue chez les médecins participants comme étant rare, mais malheureusement en hausse. Toutefois, ils ne s'accordent pas sur l'âge de cette nouvelle clientèle. Pour quatre des médecins, ce jeune âge correspond à la fin trentaine. Pour deux médecins, c'est plutôt dans la vingtaine ou dans la début trentaine. Enfin, pour une médecin, c'est plutôt dans la quarantaine.

Certains médecins ont également parlé de l'influence de l'âge sur la gestion du DT2. Ceux-ci estiment que plus le patient diabétique est jeune, plus il a tendance à contrôler sa maladie et plus il est vieux, plus il a de la difficulté à la gérer. Ces médecins expliquent ce constat en indiquant que le jeune diabétique a toute sa vie devant lui et il serait ainsi plus motivé à se soigner. Deux médecins ajoutent également que les patients plus âgés atteints du DT2 se sentent souvent, physiquement et mentalement, « vieux ». Étant donné qu'ils ont tendance à penser que leur vie se terminera bientôt, ils sont moins portés à bien contrôler leur DT2 comme l'explique un médecin :

Quand tu te sens vieux, tu te sens mentalement et physiquement vieux. Tu agis comme un vieux. Tu as moins de motivations ou de projets ou d'enthousiasme pour le futur. Se penser vieux, s'est aussi vieillir plus vite. Pour eux, 60 ans c'est très vieux. J'en ai quand même plusieurs qui sont comme ça. Ça leur tente comme pas on dirait (Dre Lacoste).

Tous les médecins affirment aussi que le **niveau socioéconomique** du patient a un impact important sur le développement de la maladie ainsi que sur l'observance du patient. D'une part, ils considèrent qu'une personne ayant un statut socioéconomique faible a plus de chances d'être atteinte d'un DT2, notamment parce que ces individus ont généralement de moins bonnes habitudes de vie :

Malheureusement, les gens de statut socioéconomique faible sont plus souvent obèses et sont moins enclins à avoir de meilleures habitudes de vie. Tu le sais, on le sait. Ils fument plus, ils mangent mal. Ils mangent mal parce que des fois ils n'ont pas assez d'argent » (Dre Lanthier).

D'autre part, au niveau de la prise en charge du DT2 chez le patient diabétique, les médecins soulignent que les personnes ayant un statut socioéconomique faible ont tendance à être moins adhérentes :

Je dirais aussi que chez les classes socioéconomiques plus faibles, la *compliance* est encore moins bonne. Peut-être, parce qu'ils sont moins au courant, ils lisent moins, ils sont moins au courant des complications, comprennent moins ce que leur médecin dit (Dre Lanthier).

Une autre médecin ajoute que les patients « n'ont pas toujours les moyens de payer leurs prescriptions... Ils vont les acheter quand ils peuvent. Ils étirent leurs médicaments... comme en prendre une fois pas jour au lieu de trois » (Dre Corriveau).

Or, dans les faits, les médecins répondants ont affirmé avoir très peu ou ne pas avoir de patients ayant un statut socioéconomique faible, et ce, principalement en raison du territoire

sur lequel ils pratiquent en clinique privée. Ainsi, la grande majorité des patients qu'ils traitent sont considérés comme des personnes vivant dans un logement adéquat, ayant les moyens de se procurer des aliments de bonne qualité et de payer leurs prescriptions tous les mois. Les constats présentés proviennent ainsi principalement de leur expérience antérieure dans des régions plus défavorisées à Montréal au début de leur carrière et de leur lecture d'articles scientifiques de diverses revues médicales, comme *Le patient* et *Le médecin du Québec*.

#### 4.2.2 Le patient diabétique de type 2 : une personne en surpoids ou obèse

Tous les répondants s'accordent sur le fait que les patients diabétiques de type 2 sont une clientèle, à quelques exceptions près, en surpoids ou obèse. Cette caractéristique est largement associée, chez les médecins répondants, à un manque d'exercice physique et à une mauvaise alimentation.

Tous les médecins mentionnent que la majorité des patients diabétiques a un mode de vie sédentaire :

Rentrez chez eux, ils s'assoient devant la télé, l'ordi... Alors beaucoup d'heures assis! Est-ce que vous marchez un peu? Non, ils conduisent partout. Ils font pas de sports, ils sont dans la maison assis et souvent parce qu'ils sont fatigués. Rester inactif te rend passif (Dre Malo).

D'ailleurs, deux médecins soulignent que les personnes souffrant de DT2 sont souvent des personnes ayant un emploi qui demande peu d'efforts physiques, par exemple « des métiers qui les obligent à être assis longtemps, comme chauffeur, livreur, travail assis devant un ordinateur, des choses comme ça » (Dre Malo).

La grande majorité des médecins affirme ainsi que leur clientèle diabétique fait peu d'exercice physique. Leurs patients diabétiques se disent principalement pressés par le temps

pour justifier le fait qu'ils sont peu actifs. Or, selon certains médecins, ces patients pourraient facilement trouver le temps de s'engager dans l'activité physique s'ils le désiraient réellement, et ce, même quelques fois par semaine. Ces médecins considèrent plutôt que ce manque d'exercice physique provient d'un manque d'intérêt, de volonté ou d'organisation de la part du patient.

Trois médecins doutent de la parole de leurs patients diabétiques, principalement ceux pour lesquels ils n'observent pas d'amélioration au niveau du poids ou du taux de glycémie, et qui soutiennent pourtant avoir fait de l'activité physique ou avoir amélioré leur alimentation depuis leur dernière visite médicale :

Ils disent 30 minutes d'exercice, mais je pense que c'est moins. [...] Puis c'est dur à croire quand le patient dit qu'il a pas mangé de sucreries et a fait de l'exercice, et que son sucre est comme *through the roof*. C'est comme... hummm... Pas sur là » (Dre Malo).

Sur le plan de l'alimentation, quatre des médecins interrogés indiquent que les diabétiques s'alimentent mal. Ils affirment qu'ils optent souvent pour des restaurants de type *fast food* ou des mets déjà préparés souvent en raison d'un manque de temps pour cuisiner. Or, ces types de repas contiennent énormément de sucres et de sodium qui sont néfastes pour la santé. Aussi, ces médecins constatent que les diabétiques en général consomment trop de calories, bonnes ou mauvaises, ce qui est, encore une fois, jugé mauvais pour la santé.

#### 4.2.3 L'adhérence thérapeutique du patient diabétique de type 2

La majorité de la clientèle diabétique de type 2 est décrite de prime abord, par cinq des médecins rencontrés, comme étant « non-observante », en regard des recommandations médicales prescrites (faire de l'exercice, mieux manger, avoir de saines habitudes de vie, cesser de fumer, respecter les traitements médicamenteux, etc.) :

C'est peut-être une personne sur trois ou quatre qui va commencer à faire de l'exercice, à bien manger, à perdre du poids, à prendre ses médicaments... à faire ce que je lui propose. Dans mon cas à moi, des patients diabétiques mieux contrôlés, pas très souvent (Dre Brisson).

Une répondante ajoute même qu'en tant que médecin généraliste, « il faut être au courant de la non-observance des patients diabétiques de type 2 » (Dre Lanthier).

Ces cinq mêmes médecins mentionnent aussi observer une certaine nonchalance, par rapport à la prise en charge de la maladie et aux traitements, chez certains patients diabétiques. Ceux-ci sont décrits comme étant une clientèle qui reporte souvent les choses au lendemain. Par exemple :

Des gens qui vont remettre ça à plus tard. Demain, je vais aller prendre une marche. Demain je vais commencer ma diète. Demain je ne prendrai pas de dessert. Je n'ai pas le temps aujourd'hui, je vais le faire demain. En revenant de mon voyage, je vais faire attention à ce que je mange. Et là, en revenant de voyage, il va y avoir quelque chose encore une fois qui va le pousser à remettre à demain (Dre Lacoste).

Ces médecins associent principalement ce comportement à un déni du patient (le patient ne veut pas se faire à l'idée qu'il est atteint d'une maladie chronique), à une ignorance ou une incompréhension des complications possibles ou à un simple manque de volonté de leur part de prendre en charge leur DT2.

Tous les médecins soulignent aussi que le patient diabétique se décourage de s'engager dans ses traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, et c'est ce qui le pousse à être non-observant. Les médecins considèrent que c'est l'aspect chronique de la maladie qui semble désespérer le patient à la longue. Celui-ci devra toujours faire attention à ce qu'il mange et boit, veiller à bouger régulièrement, à vérifier sa glycémie, etc. Ces actions sont d'ailleurs non seulement difficiles à incorporer à un mode de vie, mais surtout à maintenir. Ainsi, leur motivation à prendre en charge leur DT2 diminue au fil du temps :

Ils sont tannés de checker leur glycémie. Ils le font peut-être le premier mois, mais le deuxième moins. Et après, ça arrive une fois par mois puis une fois aux trois mois. Ils sont découragés de se checker tout le temps » (Dre Malo).

Finalement, la majorité des médecins croient que ces patients non-observants se pensent en quelque sorte invincibles ou éternels. Ils sont décrits comme ne tentant pas de prendre en charge leur maladie croyant que les complications n'arrivent qu'aux autres ou qu'aux gens plus âgés. Certains médecins expliquent une telle attitude par une ignorance des risques liés à la maladie.

Néanmoins, tous les médecins ne partagent pas l'idée selon laquelle la majorité des patients diabétiques de type 2 est non-observante. En effet, deux répondants, à notre étude, ont une représentation différente de la situation. Ils affirment que la grande majorité de leurs patients diabétiques de type 2 est observante. À cet égard, ils expliquent que l'observance de leurs patients diabétiques est peut-être liée à leurs propres pratiques de traitement, qu'ils décrivent comme étant centrées sur le patient, et qui seront présentées plus largement dans la dernière section de ce chapitre :

Je parle beaucoup, j'essaie de me rendre disponible pour eux, ça fait longtemps que je les traite, donc on se connaît bien. Ils me font confiance. Je traite des fois les membres de leur famille, donc je les revois quand ce n'est même pas leur rendez-vous. Je suis pas du genre à chicaner ou à crier. Ils le savent. Je leur explique. Je suis calme. Je suis à l'écoute aussi. Je vais aller comprendre pourquoi (Dre Corriveau).

#### 4.2.4 Le patient diabétique : une personne peu ou mal informée sur sa maladie

Tous les médecins répondants affirment qu'en général, les gens connaissent très peu cette maladie. Ils expliquent que les patients connaissent le terme « diabète », mais pas ce qu'il recouvre. Lors de l'annonce du diagnostic du DT2, les patients expriment rarement une

réaction négative. Selon nos participants, cette réaction peut s'expliquer par le déni du patient, mais révèle surtout un manque d'information ou une méconnaissance de ce qu'est le DT2 :

Mes patients, pour eux, le DT2 c'est vague. C'est drôle, il y en a, quand je dis DT2, je penserais qu'ils paniqueraient, mais pas du tout! Il n'y a rien là pour eux! C'est comme si je leur disais qu'ils ont quelque chose comme une grippe. C'est comme bofff... pas de problème, pas de stress. Certains pensent que ça va se soigner avec des pilules pendant quelque temps et après ils vont être mieux ou comme guéri genre (Dre Corriveau).

De plus, même si certains des médecins recommandent fortement à leurs patients de s'informer sur leur maladie suite au diagnostic, ils affirment que très peu le font. Selon les médecins, ce comportement du patient est principalement dû à un mode de vie trop chargé, à un déni de la maladie ou à une incompréhension de celle-ci. Par exemple :

Je lui ai demandé s'il avait lu la documentation que j'ai donnée. Il m'a dit pas vraiment. Il a dit qu'il est chauffeur et qu'il n'avait pas beaucoup le temps de lire. Il a trois enfants à la maison. Il travaille. Ils sont occupés les gens. Il y a toujours quelque chose qui se présente. On est tous *busy* (Dre Rouleau).

Ainsi, certains médecins semblent trouver qu'une grande majorité de leurs patients diabétiques n'accordent pas assez d'attention et de temps à leur santé, ce qui rend difficile leur prise en charge :

D'habitude, le patient ne vient pas juste pour le diabète. On fait l'examen annuel, on prend le poids, on parle d'obésité... C'est très difficile de le faire venir juste pour le diabète, pour son contrôle. Le patient n'a pas toujours le temps, il va me dire ça la plupart du temps. Ils veulent venir et tout faire en une fois. Le diabétique ne veut pas venir me voir juste pour le diabète. Il a autre chose à faire. On essaie de tout faire en un rendez-vous, mais tu ne peux pas. Ça fonctionne mal. Mais, il faut essayer parce que souvent si tu lui demandes de revenir, il ne revient pas. Revenir aux trois mois pour vérifier l'hémoglobine, c'est beaucoup de travail pour eux (Dre Rouleau).

Ce manque d'information ou cette méconnaissance du DT2 surprend certains médecins. En effet, étant donné l'augmentation du nombre de personnes diabétiques, au cours des dernières années, les soignants sont étonnés de constater le manque persistant de connaissances et de compréhension à l'égard de cette maladie. D'autres médecins sont frustrés par le déni de certains patients envers leur DT2. Cette attitude exige d'eux davantage d'efforts afin de conscientiser le patient par rapport à l'ampleur de sa maladie et l'importance de sa prise en charge, et rend selon eux, leur travail plus difficile, ce qui s'avère parfois frustrant.

À l'inverse, ils soulignent que certains patients ont une bonne connaissance de cette maladie. Ceux-ci sont souvent ceux ayant, ou ayant eu, un « proche » atteint du DT2. Par ailleurs, les médecins répondants estiment que ces personnes ont généralement une représentation sombre de la maladie. En effet, ils vont souvent penser à l'injection d'insuline ainsi qu'aux complications graves de la maladie, comme les amputations et la dialyse. Le rôle du médecin est alors, à leur avis, de les rassurer et de dédramatiser la maladie. Par ailleurs, certains médecins expliquent qu'il est plus facile de travailler avec ce type de patient que de travailler avec un patient dans le déni.

Enfin, outre une méconnaissance de la maladie du DT2, trois médecins remarquent que la majorité de leurs patients diabétiques de type 2 ont également peu de connaissances sur les bonnes habitudes de vie, notamment en matière d'alimentation :

Malheureusement, ils ne savent pas, dans la nourriture, qu'est-ce qui est sucré. Oui, on le sait que c'est le sucre blanc, mais.... Savez-vous que dans le jus il y a beaucoup de sucre? Non! Le coca, le 7up... c'est 40 petits cubes de sucre! Vous le savez? Non... Les pommes de terre blanches? Non je ne sais pas. Les *Gatorades* et *Vitamine water*? Non. Ils pensent que c'est bon pour eux. Ils ne savent pas (Dre Malo).

#### 4.3 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de leur rôle dans la prise en charge du diabète de type 2

Devant la complexité du soin des patients aux prises avec des problèmes chroniques, comme le DT2, tous les médecins affirment avoir d'abord un rôle d'expert à jouer auprès de ces derniers. Selon eux, ce rôle implique de bien diagnostiquer le patient ainsi que de lui offrir des soins appropriés à sa condition.

Certains médecins vont même jusqu'à préciser que leur rôle change selon les besoins des patients et les différentes phases de sa maladie. Par exemple, lorsqu'un patient est diagnostiqué DT2, ces médecins considèrent qu'ils doivent avant tout informer le patient de sa condition. Ils affirment devoir d'abord exercer un rôle de soignant informatif. Puis, soulignent qu'ils doivent ensuite accompagner le patient dans la prise en charge de sa maladie, agissant comme un soignant accompagnateur, et ce, sur toute la durée de la maladie.

Certains médecins estiment devoir également exercer un rôle en matière de prévention afin, principalement, de réduire les risques de complications possibles liées au DT2 :

C'est toujours la prévention dans le diabète. Prévention du diabète d'abord, prévention des complications, prévention d'autres choses, maladies à cause du diabète, prévention de la malbouffe, prévention du manque d'exercice. Avec le diabète, on essaie de toujours prévenir quelque chose. On fait même la prévention avant que le diabète commence. C'est toujours prévention, prévention (Dre Malo).

Enfin, la majorité des répondants souligne la lourdeur de la prise en charge de patients diabétiques, et plus généralement des maladies chroniques, comme l'explique une des médecins dans l'extrait suivant :

Maintenant... plus qu'autrefois, et surtout pour les patients atteints de maladies chroniques, on doit traiter le patient et non la maladie. On doit prendre en compte l'humain dans tout ça. Et ça, c'est un vrai défi! Ce n'est pas toujours facile. Il faut s'adapter. C'est parfois long et complexe. Mais, c'est mon travail. Et le but de tout ça est d'offrir une bonne qualité de vie au patient (Dre Malo).

#### 4.4 Les représentations des médecins généralistes à l'égard de la responsabilité du patient dans la prise en charge de son diabète de type 2

Les médecins participants affirment que le patient diabétique a lui aussi une part de responsabilité dans la gestion de sa maladie. Les médecins insistent grandement sur le fait que le patient diabétique est celui qui s'autoadministre la majorité des soins. En fait, les médecins considèrent que c'est le patient qui doit gérer la prise de ses médicaments, faire de l'exercice physique, ajuster son alimentation selon sa condition, vérifier sa glycémie au besoin, s'informer sur sa maladie, consulter un professionnel de la santé au besoin (médecin, pharmacien, nutritionniste, etc.), etc. Aussi, tous les médecins participants sont d'avis que seul le patient a le pouvoir de changer son mode de vie, de prendre ses médicaments, de se présenter à ses rendez-vous et d'informer le médecin de sa situation :

C'est lui [le patient]. C'est lui qui décide. C'est lui. Moi je ne peux pas le faire à sa place. C'est lui qui doit suivre mes conseils. Essayer d'améliorer sa vie. Prendre soin de lui. Pas moi qui peux faire ça pour lui (Dre Corriveau).

Le patient se retrouve donc, selon six médecins, à avoir la plus grande part de responsabilité dans la prise en charge de sa maladie. Seule une médecin affirme que le patient et son

médecin généraliste partagent équitablement l'étendue des responsabilités dans la gestion du DT2.

De plus, tous les médecins répondants affirment que le patient a la plus grande part de responsabilité dans son éducation sur sa maladie. Ils considèrent que c'est à lui de s'informer davantage sur celle-ci ou de participer aux activités offertes par les centres d'enseignement sur le diabète. Quatre soignants estiment d'ailleurs que si le patient ne contribue pas de façon active à ce niveau-là, il alourdit la tâche du médecin lors des consultations de contrôle :

S'il [le patient] ne fait pas ce que je lui demande de faire, ça complique un peu les choses pour le prochain rendez-vous. Bin, c'est plus que je vais redevoir réexpliquer ce que je lui ai demandé, lui répéter pourquoi il doit le faire, savoir pourquoi il ne l'a pas fait. C'est plus un peu comme... une perte de temps (Dre Lacoste).

#### 4.5 Les représentations des guides de pratique clinique chez les **médecins généralistes**

Tel que mentionné dans le chapitre présentant la problématique, il existe plusieurs types de guides de pratique clinique. Lorsque nous avons demandé aux médecins s'ils connaissaient ce genre de document, six médecins ont affirmé qu'ils étaient familiers avec ce type de guides. Seule une médecin a avoué ne pas être certaine de quoi il s'agissait.

Les médecins généralistes connaissant les guides de pratique clinique ont, par eux-mêmes, tous fait référence aux *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* pour répondre à nos questions sur ce thème. Deux de ces médecins affirment que les *Lignes directrices* constituent un outil de référence qui peut parfois être utile pour la pratique médicale. Mais, soulignant que la base du traitement du DT2 demeure généralement la même, ces femmes médecins jugent que les *Lignes directrices* sont, en quelque sorte, peu profitables à leur pratique clinique. Elles affirment ainsi ne les consulter qu'en cas de doute ou pour des cas exceptionnels. Pour une de ces deux médecins, c'est principalement le chapitre sur les

traitements médicamenteux qui est le plus pertinent, car c'est, à son avis, un élément essentiel dans le traitement du DT2 :

C'est sur qu'il y a toute une section sur la médication qui est peut-être plus utile. Mais, ça reste que la base des *Lignes* est semblable. C'est toujours la même stratégie de traitement pour les médicaments, en général. Des fois ça change. Donc le médecin peut regarder ça. Sinon, c'est pas mal ça pour les *Lignes directrices* (Dre Lanthier).

Pour l'autre médecin, qui considère les *Lignes directrices* comme peu utiles, en plus de la section sur les médicaments, qui est modifiée à chaque nouvelle publication, c'est également la section sur les objectifs du contrôle de la glycémie qui lui semble intéressante :

Je pense que ça peut être utile pour vérifier les indices de glycémies, vérifier les traitements médicamenteux. Il y a des médicaments qui se rajoutent dans les nouvelles versions. Certains sont couverts par la RAMQ, d'autres non. Je pense que ça en parle dans le guide... Donc... ça, ça peut être bon pour certains médecins, mais il est déjà supposé connaître ces données-là. Donc ça peut être un guide de référence pour aller vérifier des choses (Dre Lacoste).

Pour les quatre autres médecins, les *Lignes directrices de pratique clinique* sont un outil de référence et de pratique, bien construit, qui devrait être utilisé par tous les médecins lors du traitement de patients diabétiques :

Les suggestions des *Guidelines*<sup>9</sup> du *Canadian Diabetes Association* sont très utiles. Elles sont assez complètes. Elles donnent beaucoup d'informations. C'est aussi accessible en ligne, ce qui est pratique. Ça donne les grandes lignes de traitement. Ça m'aide à orienter ma pratique. Donc, c'est vraiment bien (Dr Brisson).

---

<sup>9</sup> Les « *Guidelines* » font référence au terme anglais pour désigner les *Lignes directrices de pratique clinique*.

Une de ces médecins, jugeant les *Lignes directrices* utiles pour le travail du soignant, souligne qu'elles sont également un outil intéressant pour les patients, leur permettant d'en apprendre davantage sur le DT2 :

C'est très bien fait les *Guidelines* de l'Association canadienne du diabète. C'est complet. C'est clair. C'est très utile. C'est pour les médecins de famille et les spécialistes, puis les patients aussi. Ils font ça pour nous aider alors c'est bien ça. On doit les consulter. Ça fait partie de notre travail. Ça aide le patient à connaître sa maladie en plus (Dre Rouleau).

Enfin, les six médecins, affirmant connaître les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*, considèrent que cet outil regroupe principalement des indicateurs et des recommandations utiles en matière de traitement pharmacologique, puisqu'elles comportent les taux de glycémies, diverses données importantes et les dernières recommandations de traitement.

La médecin qui avait des idées moins précises sur les guides de pratique clinique suggère, après un moment de réflexion avant de répondre, que ces guides de pratique sont similaires aux données probantes retrouvées dans des articles scientifiques et évoquées par les experts lors de conférences. Là encore, c'est la question des indicateurs (seuils à partir desquels on traite) qui semble la plus importante :

Je pense que c'est des données qu'on voit dans les présentations des endocrinologues... Comme... avoir la pression en bas de 130, le cholestérol en bas de 2. Des trucs dans ce style-là. Garder l'hémoglobine en bas de 6.9. Je sais que dans les présentations, ils les présentent souvent souvent. Ils en parlent... Les dernières recommandations, soit canadiennes ou américaines, etc. On en parle beaucoup dans les présentations, dans des articles... [...] Ces données sont évidemment très importantes pour notre travail. C'est essentiel (Dre Corriveau).

#### 4.6 Les représentations des médecins généralistes à l'égard des pratiques de soins centrées sur le patient dans le traitement du diabète de type 2

Tel que présenté précédemment, dans le chapitre II, il existe plusieurs approches qui ont pour but de centrer les soins sur le patient. Cette philosophie de soins est perçue de différentes façons par les médecins généralistes participants. Il est d'ailleurs important de mentionner que tous les médecins participants, sauf une, ont affirmé ne pas être certains de savoir ce qu'est réellement une approche de soins centrée sur le patient. Nous présenterons maintenant les principaux éléments auxquels réfèrent les médecins participants pour décrire une approche de soins centrée sur le patient en matière de prise en charge du DT2.

Le premier aspect d'une approche centrée sur le patient, relevé par tous les médecins participants, est la **pluridisciplinarité**. Cette caractéristique est décrite par les répondants comme étant la participation de plusieurs professionnels de santé (pharmacien, infirmier, médecin spécialiste, etc.) dans le traitement du DT2 afin d'offrir de meilleurs soins ou un meilleur suivi au patient atteint de cette maladie. Cet aspect résume d'ailleurs, à lui seul, ce qu'est une approche centrée sur le patient pour un des médecins participants.

Un autre concept énoncé par cinq médecins pour décrire une approche centrée sur le patient est l'**implication de celui-ci dans la relation de soins**. Pour trois de ces médecins, ceci se traduit majoritairement par le fait de donner une responsabilité au patient dans la gestion de sa maladie. Autrement dit, ces soignants considèrent que le patient doit prendre en charge une partie des soins qui le concerne, selon les directives ou recommandations du médecin, par exemple, ajuster son alimentation. De la sorte, le patient participe, selon eux, activement à la relation de soins. Pour deux autres médecins, c'est plutôt de centrer la consultation médicale autour du patient, en considérant les divers aspects de sa personne (émotionnel, physique, biologique, etc.), ses connaissances et son avis, qui définit la participation de ce dernier dans la relation de soins. Ces médecins considèrent ainsi que le patient est porteur d'un savoir, d'expériences et d'idées qu'il ne faut surtout pas négliger dans la relation de soins. Ces femmes médecins insistent aussi sur le fait que le patient doit également participer à la prise de décision en ce qui concerne ses soins :

Que le patient soit impliqué dans les consultations... Que le patient est plus important que la maladie. On traite le patient plus que la maladie. Il faut demander l'opinion du patient. C'est le patient! C'est sa maladie à lui! (Dre Rouleau)

Trois autres médecins soulignent aussi l'importance d'**informer le patient**, par exemple sur sa maladie et ses traitements, dans une approche de soins centrée sur le patient :

Lui [le patient] expliquer pourquoi toutes les causes du diabète [...]. Lui dire qu'il doit bouger, ce qu'il peut ou doit manger. Ce qui est riche en sucre. Je dois l'informer sur sa maladie. [...] Souvent, ils lisent, mais ils ne comprennent pas. Il faut avoir quelqu'un au bout de la ligne pour les aider avec ça. Je dois le faire ça (Dre Malo).

Par ailleurs, trois autres médecins soulignent l'importance de la **disponibilité du médecin** pour le patient diabétique dans une approche centrée sur le patient. Selon elles, pratiquer la médecine dans cette perspective, c'est offrir un accès plus rapide au patient, ce qui exige énormément de temps et d'énergie de la part du médecin.

Enfin, deux médecins soulignent un autre aspect, qui est pour eux primordial, pour définir une approche centrée sur le patient, soit la nécessité de **s'adapter constamment au patient** lors du traitement et du suivi médical : « Je pense qu'une approche médicale centrée sur le patient ce n'est pas d'appliquer les grandes règles *at large*. Voir où en est le patient. Voir ce qu'il est prêt à faire. De travailler avec lui. Ça varie d'un patient à l'autre, et c'est normal » (Dre Corriveau). Ils ajoutent que cela implique beaucoup d'écoute pour effectivement comprendre où en est le patient.

La plupart des soignants répondants soulignent aussi qu'une approche de soins centrée sur le patient demande au médecin de **passer beaucoup plus de temps avec le soigné**, ce qui les empêche de voir plus de patients dans une journée et les rend moins productifs. À cet égard, certains médecins sont ambivalents, soulignant qu'être moins productif en clinique privée se

résume à faire moins d'argent. Aussi, certains affirment qu'une telle approche présente finalement plus d'avantages pour le patient que pour le médecin. Tous les médecins affirment tout de même que les avantages de cette approche l'emportent sur ces désagréments :

C'est sûr que ça prend du temps. D'un côté, le médecin voit moins de patients. Mais, d'un autre côté, moi, je pense que c'est plus important la qualité que la quantité dans ma profession. Je pense que ça donne de meilleurs résultats (Dre Corriveau).

#### 4.7 Les représentations de la communication dans la relation de soins

La communication est un aspect considéré comme indispensable par tous les médecins répondants pour entretenir une bonne relation médecin-patient. Les médecins précisent qu'elle est encore plus importante lors du traitement de patients atteints de maladies chroniques. En effet, la « longue durée » de la maladie amène le patient à fréquenter son médecin sur une base régulière au cours des années. Bien que la communication soit essentielle, peu de médecins participants souhaitent recevoir de l'information sur ce sujet. Nous distinguerons donc deux types de médecins : ceux intéressés par l'information portant sur la communication médecin-patient et ceux qui ne le sont pas. Dans un premier temps, nous présenterons les représentations des médecins valorisant ce type d'information et dans un deuxième temps, nous exposerons les représentations qu'ont les médecins croyant que ce type d'information est peu utile à leur pratique auprès de patients diabétiques de type 2.

Tout d'abord, il faut noter que seuls deux médecins valorisent l'information reçue sur la communication dans la relation de soins. Ceux-ci définissent la communication, dans la relation de soins, comme l'action de communiquer avec le patient, mais également comme le moyen d'établir une relation avec lui, ce qui inclut les moyens permettant de le faire. À cet égard, ces deux médecins jugent l'information qu'ils reçoivent au sujet de la communication,

par divers moyens, comme les revues médicales mensuelles et les formations continues, fort intéressante et essentielle à leur pratique médicale. D'ailleurs, la communication médecin-patient et le soin d'un patient sont pour ces médecins, des femmes, deux voies inséparables. Celles-ci affirment par contre que l'importance de la communication et de la qualité de la relation est malheureusement sous-estimée par leurs consœurs et confrères. Selon une de ces deux médecins, ayant moins de dix ans d'expérience dans le domaine, ceci peut s'expliquer par un manque au niveau de la formation en médecine familiale et un manque d'information disponibles à ce sujet dans les articles, journaux et conférences offerts aux médecins généralistes. L'autre médecin répondante, ayant une trentaine d'années d'expérience, affirme plutôt le contraire. Selon elle, l'emphase a toujours été mise sur l'importance de la communication dans la relation médecin-patient lors de la formation en médecine familiale à l'université. Elle juge aussi que de nos jours, il y a de plus en plus d'informations qui leur sont disponibles à ce sujet, soit par l'entremise des journaux médicaux, des conférences et des formations continues, et cela, dans diverses sphères des soins de santé (en psychologie, en médecine familiale, destinée aux infirmières, etc.). Elle explique ainsi que certains médecins y accordent peu d'importance principalement, parce qu'ils sont surchargés d'articles scientifiques du domaine biomédical, jugés souvent plus importants que ceux traitant de la communication et de la relation de soins.

Les cinq autres médecins participants proposent une définition différente et plus limitée de la communication médecin-patient. Selon eux, la communication dans la relation de soins vise principalement à établir un « pont » avec le patient afin d'obtenir les informations nécessaires pour effectuer leur travail de soignant. Elle est instrumentale. Trois d'entre eux, ayant 25 ans de pratique et plus, estiment ne plus avoir besoin d'informations concernant la communication dans la relation de soins, étant donné leur grande expérience sur le terrain :

Après 30 ans de pratique, je pense pas que ça changerait grand-chose d'avoir de l'information sur ça [la communication]. [...] On en a vu tellement de gens qu'on sait comment faire... on ne peut pas aborder tout le monde de la même façon. Puis, tu acquiers de l'expérience, que tel patient tu dois agir ou fonctionner comme ça, puis avec tel autre patient... c'est comme spontané... sans y penser. Puis ça, ça vient juste avec l'expérience. Pour moi, je ne vois pas vraiment d'utilité pour plus d'informations sur ça [la communication] (Dre Lanthier).

Une de ces médecins ajoute que la nouvelle génération de médecins, ayant moins d'une décennie de pratique, reçoit davantage de formations, et ainsi d'informations, sur la communication dans son parcours universitaire en médecine familiale. C'est pourquoi elle doute de la pertinence de fournir plus d'informations sur la communication à ces nouveaux médecins.

Enfin, deux autres médecins estiment que les médecins généralistes n'ont tout simplement pas le temps de s'informer sur ce sujet, malgré le fait que la communication dans la relation médecin-patient puisse les intéresser. L'une des médecins avoue ne pas se sentir concernée par les informations présentées dans les articles des revues médicales qui sont, à son avis, davantage destinés à d'autres professionnels de la santé, comme les nutritionnistes ou les diabétologues.

#### 4.8 Les pratiques de suivi des médecins généralistes à l'égard des patients diabétiques de type 2

Dans cette dernière section de l'analyse, nous abordons les pratiques de suivi des médecins participants. En fait, comme mentionné précédemment, les médecins canadiens disposent de recommandations nationales récentes concernant le traitement et le suivi du DT2, comme les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*. Néanmoins, les données recueillies lors des entretiens montrent qu'il y a certaines différences entre les normes établies et la pratique des médecins généralistes. À cet égard, nous présentons les pratiques des médecins généralistes, participants à l'étude, lors du suivi médical des patients diabétiques de type 2 jugés adhérents et non-adhérents. Rappelons que pour cerner leurs pratiques, nous avons procédé en leur présentant une vignette clinique, qui présente le cas d'un patient diabétique de type 2 non-adhérent, et les avons questionné sur leurs pratiques pour amener un patient diabétique à prendre en charge son DT2, leur recours ou non à d'autres professionnels de la santé et à des outils pour aider le patient dans la gestion de son DT2.

#### 4.8.1 La séquence des rendez-vous de suivi du patient diabétique de type 2

Selon les médecins participants, la consultation de suivi d'un patient diabétique de type 2 consiste à une évaluation de l'état de santé du patient et de la gestion de sa maladie. L'espacement nécessaire entre les visites varie selon les médecins répondants. La grande majorité d'entre eux affirme qu'un délai de trois mois entre les consultations est généralement raisonnable. Ils expliquent que ce laps de temps est habituellement suffisant pour que les médicaments antidiabétiques fassent effet et que le patient s'adapte à ses nouvelles habitudes de vie, et intègre, par exemple, la pratique d'une activité physique dans son quotidien.

Toutefois, deux médecins se distinguent de leurs confrères participants. L'un d'entre eux affirme préférer revoir tous ses patients nouvellement diagnostiqués du DT2 dans une période d'environ deux semaines. Voici son raisonnement :

Moi, je veux être certaine qu'il prend bien le médicament, qu'il n'a pas tout déjà arrêté. Je ne veux pas attendre dans deux mois pour voir qu'ils n'ont rien fait. Je veux battre le fer pendant qu'il est encore chaud. S'il vient d'être diagnostiqué, c'est le moment le plus important au début, qu'il soit bien entouré (Dre Rouleau).

À l'inverse, l'autre médecin répondant affirme qu'à la suite du diagnostic du DT2, il souhaite revoir le patient habituellement six mois plus tard, ce qui est, pour lui, un délai suffisant et même rapide. Il explique que fixer un rendez-vous plus tôt n'est pas nécessaire, puisque la majorité des soins et des changements, comme la perte de poids, sont effectués par le patient lui-même.

Dans le cas du suivi des patients diabétiques jugés non-adhérents au fil des rencontres médicales, tous les médecins affirment qu'ils tentent de faire un contrôle plus serré afin de les surveiller de plus près dans leurs démarches de traitement et d'éviter des complications possibles : « On ne veut pas laisser traîner ça. On veut voir des améliorations le plus

rapidement possibles, car ils sont à risque de plusieurs complications. On ne veut pas retarder le processus de prise en charge » (Dr Brisson). Les médecins expliquent ainsi que l'espace entre les rendez-vous de suivi varie selon le patient, son adhérence et sa condition physique.

#### 4.8.2 Responsabiliser le patient diabétique de type 2 dans la prise en charge de sa maladie

Tous les médecins participants affirment devoir responsabiliser le patient diabétique à l'égard de la prise en charge de sa maladie, car la majorité des soins ne peuvent être administrés ou effectués que par lui. Les soins en question renvoient notamment à la prise de médicaments et au changement des habitudes de vie : « On les responsabilise en leur donnant les outils et en leur faisant comprendre que ça dépend vraiment d'eux. On va aider à régler le problème s'ils font un effort » (Dre Lanthier). À cet égard, les médecins utilisent différents moyens, que nous allons aborder successivement.

Tous les médecins mentionnent, dans un premier temps, donner des conseils concrets pour permettre au patient de bien autogérer sa maladie. Par exemple, on lui suggèrera des moyens d'intégrer la pratique d'activité physique dans son quotidien. Seuls trois médecins précisent toutefois que ces conseils donnés doivent être personnalisés et donc, varier d'un patient à l'autre :

Je dis ok, je comprends que vous êtes occupés. Vous rentrez le soir, vous devez faire plein de choses. Alors, essayez, pendant votre lunch ou *coffee break*, marchez! Ne restez pas à votre bureau pour la pause. Marchez c'est mieux! Ne prenez pas l'ascenseur, prenez les marches! [...] Marchez lentement, à votre aise. À mesure que vous sentez que vous êtes plus fort, marchez un peu plus vite (Dre Malo).

Cette pratique de conseil est jugée essentielle, selon les médecins, lorsqu'il s'agit de patients non-adhérents. Ils expliquent que plus le patient a de la difficulté à gérer son DT2, plus ils lui

donnent des conseils pratiques dans le but de l'aider dans son autogestion, ce qui en général fonctionne pour un certain temps. Également, trois médecins répondants précisent que le soignant doit tenter de comprendre ce qui empêche le patient de prendre en charge son DT2, et doit ainsi l'aider à trouver des moyens plus adaptés pour lui :

On demande pourquoi. La dernière fois, je vous ai dit ça et je vois que vous n'avez rien fait de ce côté-là. Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a empêché de le faire? Est-ce que vous voulez plus d'informations sur quelque chose? Est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait vous aider, comme plus d'enseignement sur le diabète? Est-ce que c'est le travail qui vous a empêché? (Dre Rouleau)

De plus, afin de rendre le patient responsable et autonome dans la gestion de son DT2, les médecins participants estiment qu'il convient de l'inviter à s'informer par lui-même, en lui suggérant, la majorité du temps, des sources fiables, telles que l'ACD et le DQ, sur sa maladie et ses traitements : « Je dis au patient qu'il doit s'informer sur sa maladie. Je lui dis où s'informer. C'est à lui après de faire ses décisions de comment il veut gérer son diabète » (Dr Brisson). Cependant, encourager le patient à s'informer présente aussi des aspects négatifs selon quelques médecins. Ils expliquent que, parfois, les patients se renseignent auprès de sources non fiables ou non scientifiques, surtout les forums en ligne, et il leur revient alors de corriger les informations erronées recueillies par les patients, ce qui semble être très frustrant pour les médecins et considéré comme une perte de temps. Ils expliquent ainsi non seulement devoir recommencer à zéro leurs explications et suggérer à nouveau de consulter des sources fiables, mais également éduquer le patient sur l'importance de choisir des sources scientifiques.

Enfin, et parallèlement à ces pratiques de responsabilisation du patient, la majorité des médecins indiquent utiliser certains outils afin d'aider le patient à gérer lui-même son DT2, notamment les carnets de prises de glycémie, qui ont pour but que le patient puisse, rendu chez lui, vérifier sa glycémie et la noter dans le livret afin de surveiller son taux de sucre. De plus, ils indiquent avoir également recours à des feuillets informatifs sur la maladie. Les médecins notent toutefois que les patients semblent être indifférents ou parfois découragés

lorsqu'ils leur remettent ces outils. En ce qui concerne les patients qui semblent démontrer de l'indifférence, certains médecins remettent en question leur observance, et affirment qu'ils sont dans le déni ou qu'ils ne comprennent pas l'ampleur de la maladie. Par ailleurs, la réaction de découragement du patient est perçue comme étant davantage compréhensible, par certains médecins, étant donné que le DT2 est une maladie lourde à gérer et contraignante pour le patient.

#### 4.8.3 Adopter une approche de traitement personnalisée et progressive

Une des pratiques courantes chez la grande majorité des médecins participants est d'adapter leur approche de suivi médical et de traitement aux particularités personnelles des patients diabétiques. Les médecins jugent ainsi que ce qui fonctionne pour un malade ne fonctionnera pas nécessairement pour un autre, même s'ils sont tous les deux atteints de la même maladie. Pour ce faire, ils expliquent qu'ils doivent d'abord s'informer sur le patient (âge, travail, habitudes de vie, etc.) afin de lui offrir un traitement individualisé et respectueux de ses besoins, choix et préférences. Deux de ces médecins vont plus en profondeur en essayant de recueillir les « croyances » qu'ont les patients du DT2 et des traitements proposés. Elles jugent que discuter avec le patient diabétique de ses « croyances » est important, principalement, car celles-ci peuvent influencer l'observance du patient :

Si un patient a un membre de sa famille ou quelqu'un dans son entourage près qui est mort jeune à cause de complications liées au diabète, le patient va peut-être penser la même chose pour lui. Peut-être il va se laisser aller en se disant qu'il n'a rien à faire pour son diabète et que lui aussi va mourir jeune. Et c'est pas le cas. Donc j'aimerais en discuter avec lui avant d'aller plus loin (Dre Corriveau).

Ces deux médecins croient que la prise en compte des « croyances » de leurs patients dans le traitement du DT2 les aidera à mieux comprendre leur expérience et à mieux orienter la prise en charge de leur DT2. Cette prise en considération aidera également les médecins au

moment de fournir de l'information pertinente à leurs patients dans le but de modifier ce qu'ils qualifient de « fausses croyances ». Cependant, ces médecins précisent que défaire des connaissances et des perceptions erronées n'est pas chose facile.

Parallèlement, une autre méthode mentionnée par la grande majorité des médecins répondants est d'offrir un traitement progressif, et toujours personnalisé, en proposant au départ de simples changements à effectuer afin d'encourager le patient à bien prendre en charge son DT2 :

Il ne faut pas que ça soit difficile, mais commencer doucement s'il n'a jamais fait d'exercice, faut tout commencer doucement. Puis, il ne faut pas s'imaginer que tout le monde est un athlète... Que si le patient n'a pas bien mangé jamais, commencer tranquillement... C'est chacun son truc (Dre Lanthier).

En effet, ces médecins craignent qu'en proposant des changements plus importants dès le départ, ceci découragera ou effrayera le patient, le poussant à être non-observant :

C'est difficile... l'affaire c'est qu'on lui demande de tout faire en même temps. C'est ça le problème. Mais, j'essaierais de parler avec lui, de voir avec lui s'il comprend c'est quoi les implications du diabète, même s'il n'a pas de symptômes. Puis, considérant son père et son oncle qui ont eu le diabète, parler avec lui pour voir comment il voit le diabète, essayer de comprendre son point de vue, voir comment lui voit ça, pour savoir comment agir là-dessus. J'essaierais d'attaquer une chose à la fois. Sinon, je vais le perdre. Je vais lui faire peur. Il ne reviendra pas. C'est vraiment voir comment l'aborder, puis petit à petit (Dre Corriveau).

#### 4.8.4 Encourager et travailler de pair avec le patient dans sa démarche de prise en charge du diabète de type 2

Une autre pratique qu'indiquent utiliser couramment cinq des médecins participants est de travailler de pair avec le patient diabétique tout en l'encourageant à respecter son traitement

et à adopter des changements dans ses habitudes de vie afin d'optimiser son observance. Pour ce faire, quatre de ces cinq médecins expliquent suivre les patients dans leur cheminement de prise en charge de la maladie lors de rendez-vous de suivi, et leur fixer des objectifs réalistes, comme diminuer d'un verre par jour sa consommation de boisson gazeuse d'ici la prochaine rencontre de suivi. Un de ces médecins va aussi demander à son patient de proposer lui-même un objectif qui serait, à son avis, réaliste. Ces médecins expliquent ainsi que cette pratique engage le soignant à travailler de pair avec le patient sur la gestion de sa maladie :

La moindre petite chose, il faut l'encourager. Quelqu'un qui a perdu cinq livres, même s'il en a 100 à perdre, je vais l'encourager. Moi, je travaille avec le patient pour lui faire des sortes d'objectifs. Non, on le laisse pas par lui-même! Je vais leur dire, la prochaine visite, vous pesiez tant, il faut maintenant viser ça, puis quelque chose de réaliste (Dre Lanthier).

Par ailleurs, en ce qui a trait aux patients non-observants, ces cinq mêmes médecins expliquent qu'il faut encore plus les encourager, et ce sans relâche, et les suivre de plus près :

Je pense que la meilleure attitude est comme celle qu'un diabétologue a utilisée. C'est comme un escalier très très haut. Il faut le prendre par la main. Monter marche par marche. Il faut les encourager. Bon. Même si le sucre est un peu haut. Dis-leur au moins, c'est juste un peu haut. C'est pas beaucoup. Si ça n'a pas changé, c'est très bien. Au moins ça n'a pas augmenté. Si vous n'avez pas perdu du poids, au moins vous n'en avez pas gagné. Il faut toujours les encourager! (Dre Malo)

De plus, ces médecins répondants insistent sur le fait qu'il faut éviter de culpabiliser le patient. Ils estiment que ceci ne fait que repousser le patient, au risque qu'il ne se présente plus à ses rendez-vous et qu'il abandonne son traitement : « Si tu dis : avez-vous marché? Avez-vous bien mangé? Et que leur sucre est encore haut et qu'ils ont gagné du poids, vous allez les faire sentir coupable. Ils vont abandonner. Ils vont dire à quoi ça sert » (Dre Malo). Quelques médecins précisent toutefois, qu'en dernier recours, chez les patients jugés non-observants, ils n'ont parfois pas le choix de culpabiliser le patient, au lieu de l'encourager,

afin de lui faire comprendre qu'il est responsable de sa propre santé et qu'il doit lui aussi faire sa part dans la gestion de sa maladie : « Des fois, les affronter comme ça, ça peut les réveiller. Il faut qu'ils comprennent. Il doit s'aider, sinon je ne peux rien faire pour lui » (Dre Lanthier).

#### 4.8.5 Informer le patient diabétique de type 2 au sujet de sa maladie, des seuils et des pratiques concrètes de prise en charge

Une autre pratique qui occupe une place importante dans le suivi du patient diabétique, et qui est mentionnée par tous les médecins participants, consiste à informer le patient sur sa maladie, son traitement, sa prise en charge et sur les risques de complications possibles. Les soignants expliquent que le DT2 étant une maladie de longue durée, multisystémique et pour laquelle le patient doit effectuer la majorité des soins, il est primordial que celui-ci soit bien informé de ces aspects afin de bien contrôler sa maladie. Quatre des médecins ajoutent que lors des consultations de suivi, il convient également, pour le médecin, d'évaluer les acquis du patient en matière de connaissances sur le DT2, les bonnes habitudes de vie et d'observance du traitement hygiénodietétique (régime alimentaire, exercice physique, prise de médicaments, etc.) afin de s'assurer de la bonne prise en charge de son DT2.

En outre, deux médecins précisent qu'il y a avantage à soigner un patient qui est plus informé sur sa maladie et sur ses traitements. Ils expliquent qu'il est généralement plus facile de travailler avec eux lorsqu'ils sont bien informés, car ceci facilite grandement la prise en charge de la maladie chez le patient ainsi que la compréhension des informations offertes par le médecin :

Travailler avec un patient plus informé, c'est mieux dans certains sens parce que les gens ont plus de connaissances [...] parce que ça fait une porte d'entrée pour discuter. [...] C'est très bon pour leur prise en charge, qu'ils soient au courant. Il y a vraiment un impact positif de l'information (Dre Lanthier).

Cependant, des aspects négatifs de cette approche sont avancés par deux médecins. Ces derniers expliquent que bien informer un patient exige beaucoup de temps, ce qui a pour effet de retarder le processus de la consultation médicale. Ils expliquent également qu'un patient informé pose beaucoup de questions, ce qui engendre également une augmentation de la durée de la consultation.

C'est pourquoi le travail d'information est surtout pratiqué par tous les médecins répondants dans le cadre de suivi de patients diabétiques jugés non-observants. La répétition continuelle de ces informations est jugée, par les soignants, essentielle afin de promouvoir une bonne prise en charge du DT2 :

On recommence à leur expliquer. On recommence le pourquoi. Je veux les conscientiser. Je veux qu'ils soient au courant de qu'est-ce qui se passe, de quoi on parle, de qu'est-ce qui va se passer s'il continue à pas faire attention, à pas prendre ses médicaments [...]. (Dre Rouleau)

Quatre médecins affirment d'ailleurs, devenir de plus en plus directifs dans leur façon d'informer leurs patients, croyant que cette façon de procéder fonctionne mieux. En effet, ils estiment que cette manière de faire a pour effet « d'alarmer » leurs patients et de les conscientiser à l'importance de bien contrôler leur maladie.

#### 4.8.6 Offrir une écoute et communiquer avec le patient diabétique de type 2

Deux pratiques, vues comme étant étroitement liées, longuement discutées chez près de la moitié des répondants sont l'importance de l'écoute et de la communication dans la relation de soins. En effet, ces médecins indiquent que ces deux pratiques sont essentielles à l'établissement et au maintien d'une bonne relation médecin-patient. Selon eux, ces façons de pratiquer leur permettent d'établir une relation de confiance mutuelle avec le patient. En retour, ces soignants assurent que le patient est plus ouvert à se confier et à être observant.

D'une part, les médecins considèrent qu'une communication, qu'ils appellent réciproque, c'est-à-dire du médecin au patient et vice versa, est nécessaire dans la relation de soins. À l'inverse, une communication unidirectionnelle, c'est-à-dire principalement du médecin vers le patient, est plus directive et a pour effet de nuire à l'engagement du patient dans de la relation de soins et au bon traitement du patient.

Ces médecins considèrent également que l'écoute que doit offrir le soignant au patient permet non seulement au patient de se sentir entendu et respecté, ce qui est favorable, selon les médecins, à son observance et à sa participation dans la relation de soins, mais aide également le médecin à en apprendre davantage sur le patient et sur ses comportements :

Moi, mes patients me le disent carrément qu'ils n'ont pas pris leurs médicaments ou qu'ils n'ont pas bien mangé. Ils vont me le dire. Je connais d'autres médecins qui vont être plus stricts. Dans ce temps-là, les patients disent qu'ils ont tout fait, mais dans le fond non! Ils ont fait le contraire. Je suis proche de mes patients. Ils le savent. Je les écoute beaucoup. Je les aide. On communique ensemble. On discute. J'entends ce qu'ils ont à dire et ça marche. Ça va bien (Dre Corriveau).

Cela permet au médecin de réagir plus vite, s'il doit réévaluer les stratégies de gestion du diabète, dans le but de mieux soigner le patient, comme l'explique un des médecins :

En écoutant le patient, on voit qu'on a mal embrayé... mal compris. C'est important pour faire un bon diagnostic aussi. [...] C'est important d'être proche du patient. D'échanger avec lui. S'ils ne prennent pas ses médicaments, pourquoi? Moi, mes patients me le disent tout le temps quand ils ne prennent pas leurs médicaments. Donc, je sais que ce n'est pas la pilule qui ne fait pas l'affaire ou que la pilule n'est pas correcte. Je dois trouver quelque chose d'autre selon ce que me dit le patient. [...] Moi, je pense qu'on a de meilleurs résultats au bout de la ligne en écoutant... en étant proche de lui (Dre Corriveau).

#### 4.8.7 La « négociation » dans la relation de soins

Une autre pratique relevée par trois des médecins répondants est, ce qu'ils appellent, la « négociation » dans le traitement du patient diabétique. Ces médecins expliquent que la « négociation » prend la forme d'une discussion entre le médecin et le patient en ce qui concerne les décisions à prendre le concernant. Après avoir présenté et expliqué au patient les différentes options de traitements possibles, le médecin laisse le patient donner son avis puis choisir une des options proposées. Pour ces médecins, la relation de soins est une sorte de travail d'équipe : tant le médecin que le patient ont une part à faire afin d'assurer un équilibre dans la gestion du DT2. Ainsi, ils expliquent que le patient représente un allier important, un partenaire dans la gestion de sa maladie :

Je leur explique un peu c'est quoi et pourquoi je les traite, mais après c'est eux qui vont décider comment on va faire. Je ne peux pas les forcer. Je ne suis pas à la maison avec eux pour leur donner leur pilule. Je ne suis pas avec eux chaque jour. Je leur demande qu'est-ce que vous voulez en faire. Parce que c'est leur vie. Ils peuvent décider. J'ai jamais été comme médecin comme non non non, mais plus ok je vais voir avec vous! (Dre Rouleau)

Toutefois, deux de ces trois médecins confient que la « négociation » dans la relation médecin-patient porte en quelque sorte atteinte à leur statut de médecin expert, et peut donc aussi avoir un effet plutôt négatif sur la relation de soins, n'étant pas toujours très bien perçue par les patients :

Des fois, quand on négocie trop avec le patient, j'ai l'impression que tu n'es pas le grand médecin. Tu es un petit peu comme un ami... et des fois il t'écoute un petit peu moins. Pas toujours, mais des fois. Donc, des fois, la communication, le fait de ne pas être comme paternaliste, ça peut influencer aussi. Tu n'es pas le grand docteur qui donne comme des ordres. Ce n'est pas un médecin qui est très sûr de lui (Dre Rouleau).

Ces médecins expliquent ainsi que trouver un bon équilibre dans la relation de soins est une chose complexe, qui se développe avec l'expérience et qui varie d'un patient à l'autre. Par ailleurs, il peut arriver que ce qui est proposé au patient ne lui convienne pas. Dans ce cas, les trois médecins expliquent qu'ils doivent travailler de concert avec le patient afin de trouver un terrain d'entente. Les médecins confient que cela peut s'avérer parfois frustrant, mais que cela fait partie de leur travail et qu'ils le font dans l'intérêt de leur patient.

Les quatre autres médecins participants n'ont pas abordé cette notion de « négociation ». Ils parlent plutôt de discussion avec le patient et indiquent présenter au malade la meilleure option de traitement en fonction de sa condition. Ainsi, ils semblent considérer que le soignant est l'unique et le meilleur décideur pour le patient. Dans le cas d'un désaccord avec le patient, certains de ces médecins affirment qu'il est possible d'en discuter, mais jugent tout de même qu'ils sont les plus compétents pour savoir ce qui est le mieux pour la santé du patient, une approche qui renvoie au classique modèle paternaliste.

#### 4.8.8 Le recours à différents professionnels de la santé dans la pratique du traitement du diabète de type 2

Outre le patient et ses connaissances, certaines approches de soin centrées sur le patient et le traitement du DT2 invitent le médecin traitant à faire appel à d'autres professionnels de la santé, à des associations de malades et à l'entourage du patient pour intervenir quand celui-ci en exprime le besoin. C'est d'ailleurs une des dimensions mentionnées lorsqu'on questionne les médecins sur ce qu'est une relation de soins centrée sur le patient. Les médecins rencontrés évoquent ainsi un établissement de santé et trois principaux types de professionnels de soins qui peuvent être utilisés lors du suivi des patients diabétiques de type 2 : les cliniques d'enseignement sur le diabète, le nutritionniste, le diabétologue et le pharmacien.

Tous les médecins rencontrés mentionnent d'abord les **cliniques d'enseignement sur le diabète**. Ces cliniques, évoquées sous différents noms par les médecins, à savoir la « clinique

de diabète », le « centre de diabète » et le « centre d'enseignement du diabète », sont, selon les médecins, reliées et gérées par un CLSC et offrent des services gratuits. Elles regroupent généralement divers professionnels de la santé, qui varient d'une clinique à l'autre, comme un nutritionniste, un infirmier, un kinésologue, etc. Les médecins expliquent qu'elles ont principalement pour but d'offrir différents axes d'enseignement au patient afin de l'aider à mieux vivre avec son DT2 (nutrition, activité physique, saines habitudes de vie, etc.).

À cet égard, cinq des médecins interrogés invitent tous leurs patients, suite au diagnostic du DT2, à fréquenter ce type de service, principalement pour en apprendre davantage sur leur maladie et obtenir une aide supplémentaire sur les traitements, pharmacologiques et non pharmacologiques, prescrits. De plus, ils considèrent que l'apprentissage fait à ce centre peut être très avantageux pour l'observance du patient. Ces établissements sont, à leur avis, très utiles et bien organisés. Toutefois, la forte majorité des médecins participants doutent que leurs patients les utilisent réellement.

La démarche de consultation de ces cliniques n'est pas jugée pertinente pour tous les patients diabétiques de type 2. Pour deux médecins, seuls quelques patients, soit ceux voulant en connaître davantage sur le DT2, ceux étant non-observants et ceux ayant besoin de plus de soutien dans la prise en charge de leur diabète, sont recommandés à ces cliniques. Ces deux médecins précisent aussi qu'ils considèrent qu'une référence à ce centre vient principalement compenser un manque de temps de leur part pour offrir au patient du support ou de l'enseignement supplémentaire au sujet du DT2.

Outre ces cliniques, le professionnel de la santé auquel sont le plus souvent recommandés les patients diabétiques est le **nutritionniste**. Celui-ci a principalement pour but d'aider le patient à planifier une alimentation saine, équilibrée et adaptée à sa condition. La majorité des médecins recommandent formellement leurs patients au nutritionniste du CLSC de leur région, car celui-ci offre ses services gratuitement. Pour d'autres médecins, ils invitent leurs patients à en consulter un, mais ceux-ci sont laissés à eux-mêmes pour en trouver un. D'ailleurs, ce professionnel de la santé est jugé idéal, par tous les médecins répondants, pour tous les patients diabétiques, car une saine alimentation est nécessaire pour gérer le DT2.

Aussi, une consultation avec le nutritionniste est très fortement recommandée, par les médecins, pour ceux n'ayant pas le temps ou qui ne désirent pas assister aux programmes d'enseignement offerts par les cliniques de diabète, car celle-ci demande beaucoup moins de temps. Autrement dit, selon les médecins, une seule consultation avec le nutritionniste peut parfois suffire, comparativement à un programme d'enseignement sur le DT2 qui s'échelonne généralement sur plusieurs sessions. Une des médecins affirme que le nutritionniste complète ce qu'elle n'a pas le temps de faire avec ses patients, c'est-à-dire leur expliquer les éléments nutritifs à favoriser et à éviter pour gérer leur régime alimentaire au quotidien. Elle affirme également que le nutritionniste est beaucoup plus qualifié qu'elle pour offrir ce type de conseils. La majorité des médecins souligne par ailleurs que leurs patients acceptent de consulter au moins une fois ce professionnel de la santé après un diagnostic de DT2.

Le **diabétologue** est également mentionné par trois médecins. Pour deux d'entre eux, une référence à cet endocrinologue, spécialisé dans la pathologie du diabète, est généralement faite en dernier recours pour les patients non-observants ayant une glycémie trop élevée et non contrôlée. Ces médecins expliquent qu'ils invitent ce type de patients à consulter un diabétologue afin que ce spécialiste puisse les aider à convaincre le patient de l'importance de la prise en charge du DT2. Les médecins en question estiment que le spécialiste du diabète renforcera leurs propos puisqu'il communiquera les mêmes informations au patient. Un d'entre eux souhaite même que le diabétologue « fasse presque peur au patient pour le sonner et le réveiller de se prendre en charge face à son diabète » (Dre Lanthier). Une autre médecin explique ainsi que dans la région où elle pratique, les diabétologues sont très disponibles pour répondre aux questions des médecins. D'ailleurs, une équipe d'endocrinologues gère même un service téléphonique pour répondre aux questions des professionnels de la santé au sujet du diabète. Elle fait donc parfois appel à eux pour qu'ils puissent lui venir en aide, principalement au sujet des traitements médicamenteux pour des patients ayant un taux de glycémie non contrôlée.

Enfin, un dernier professionnel mentionné par quatre des médecins répondants est le **pharmacien**. Celui-ci a comme principale tâche, selon ces médecins, d'informer le patient sur son traitement pharmacologique, comme la prise de médicaments et l'utilisation d'un

glucomètre, car ceci fait partie intégrante de son travail. Une médecin va jusqu'à recommander le pharmacien à ses patients diabétiques, aux prises avec un taux de glycémie élevé, comme professionnel intermédiaire pour des conseils ponctuels. Si le patient ne réussit pas à baisser sa glycémie, et ce suite aux conseils du pharmacien, elle l'invite alors à la consulter. Elle affirme qu'en cas de problèmes majeurs chez ses patients, le pharmacien pourra communiquer avec elle. Elle ajoute d'ailleurs que cette communication interprofessionnelle, soit entre le médecin et le pharmacien, est généralement effective.

#### 4.8.9 Les outils utilisés par les médecins généralistes dans leur pratique du traitement du diabète de type 2

Afin d'optimiser leur pratique et le suivi du patient diabétique, les médecins généralistes participants ont recours à une variété d'outils. À cet égard, deux outils sont largement utilisés par tous les médecins : les carnets d'autosurveillance glycémique et la documentation sur le DT2.

Les médecins recommandent fortement les **journaux d'autosurveillance de la glycémie** aux patients ayant un DT2 avancé et/ou ayant un taux de glycémie non contrôlé. Ces carnets sont remis gratuitement par les médecins aux patients, ou les patients sont incités à s'en procurer à leur pharmacie. Ces livrets sont offerts aux médecins par une infirmière du CLSC de la région qui visite les cliniques médicales à une fréquence variable. Ainsi, trois médecins reçoivent sa visite une fois par année, alors que quatre autres médecins n'ont sa visite qu'aux deux ou trois ans. Cet outil a pour but de permettre aux patients de vérifier leur glycémie et de la noter dans le livret afin de surveiller leur taux de sucre. Il permet aussi au médecin d'évaluer, lors d'un prochain rendez-vous, le contrôle quotidien de la glycémie par le patient. Par exemple, une médecin explique que le carnet lui permet de « voir si le patient a vraiment vérifié sa glycémie, comment elle a changé ou est restée stable » (Dre Malo) au fil du temps. Cependant, les médecins considèrent que cet outil est généralement négligé par le patient, surtout chez le patient non-observant, et cela pour différentes raisons qui peuvent être une

méconnaissance du glucomètre ou un manque d'intérêt, de volonté ou de temps chez le patient.

D'autre part, des **feuilletts**, des **livres** et des **documents informatifs**, rédigés par des sources que les médecins jugent valides, comme l'ACD et DQ, de même que des **sites Internet**, principalement celui de l'ACD, de la FID et de DQ, sont remis ou suggérés aux patients dans le but de les aider à s'informer sur le DT2. Pour tous les médecins, la consultation de ces outils est fortement recommandée à la suite du diagnostic du DT2, puis moins utilisée au fil du temps. Certains médecins expliquent même que plus le patient est informé sur sa maladie, plus il a des chances d'être observant. Aussi, deux médecins précisent qu'ils réfèrent aux sources de l'ACD et de DQ, car elles sont des sources canadienne et québécoise, jugées adaptées pour le patient, proposées dans les deux langues officielles et bien renommées dans le domaine de la recherche sur le diabète. Ils jugent que les patients pourront en apprendre davantage sur leur maladie, mieux gérer leur maladie et mieux participer à la rencontre médicale au sujet de la gestion de leur DT2. Les médecins affirment toutefois qu'ils souhaiteraient que leurs patients consultent plus les sources qui leur sont recommandées. En effet, ils constatent que leur clientèle diabétique feuillette l'information qui leur est remise en main propre, mais que la majorité des patients ne poussera pas davantage ses recherches, en visitant par exemple des sites Internet recommandés. Certains médecins affirment encourager le patient à s'éduquer sur sa maladie, à plusieurs reprises, mais cessent d'insister si celui-ci ne le fait pas.

Une des médecins participantes utilise également d'autres outils. Elle déclare ainsi tenter d'utiliser le plus souvent possible, des « feuilles de route » créées par l'ACD pour le suivi de ses patients diabétiques. Ces « feuilles de suivi » sont utilisées lors de visites cliniques de ses patients diabétiques afin d'assurer un regroupement de données relatives à son diabète. Elle explique que cet outil a pour but de faciliter son travail clinique. Par contre, elle mentionne que celles-ci sont parfois complexes à suivre et longues à remplir. C'est pourquoi elle est parfois tentée de les laisser de côté, bien qu'elles soient très utiles pour la gestion du suivi des patients diabétiques. Elle utilise aussi d'autres ressources informatives, comme le *Framingham risk score*, qui permet de suivre la santé cardiaque du patient, et pour l'aider à

expliquer le DT2 et ses complications futures aux patients. Par exemple, les critères de Framingham l'aident dans la prévention et dans le diagnostic d'insuffisance cardiaque lié à un DT2 non contrôlé.

Les **guides de pratique clinique ou médicale**, constituent un autre type d'outil également connu et utilisé par les médecins généralistes. Le CMQ publie régulièrement ce genre de document à l'intention des médecins. Ces documents préconisent une pratique professionnelle intégrant les données médicales actuelles et les médecins sont invités à les consulter et à s'y référer. C'est pourquoi nous aborderons plus en détail ces outils dans la section suivante.

#### 4.9 L'utilisation des guides de pratique clinique par les médecins généralistes dans le traitement du diabète de type 2

Afin de nous adapter aux réponses fournies par les médecins participants, nous avons poursuivi nos questionnements en nous référant aux *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*. En effet, elles ont été mentionnées par six des sept médecins répondants lors de nos questions concernant les guides de pratique clinique. À l'exception d'une médecin, tous nos participants affirment utiliser les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* dans le traitement et dans le suivi de leurs patients diabétiques de type 2. Cependant, chaque médecin les utilise pour différentes raisons et de différentes manières.

Les médecins indiquant les connaître affirment se les être procurées de diverses façons. Pour deux médecins, ils se les procurent en ligne sur le site de l'ACD. Pour deux autres, ils les reçoivent plutôt par la poste à leur cabinet, mais savent qu'elles se retrouvent également sur Internet. Les deux autres médecins ignorent où ils les ont obtenues.

Pour ce qui est de leur utilisation, trois médecins affirment les utiliser de temps à autre en tant qu'outil de référence afin de valider leur pratique auprès de ses patients diabétiques. En

d'autres termes, elles sont pour ces médecins une sorte de balise pour leur pratique de suivi auprès de leurs patients diabétiques :

Je n'ai pas besoin de les lire. Mais, en regardant ça, on se dit qu'on est dans la bonne voie. On fait déjà tout ce qu'on doit faire. De temps à autre, je pourrais... je les regarde... pas souvent. Mais comme je disais, ça reste que c'est toujours la même stratégie. Le guide est dans mon tiroir... quelque part (Dre Lanthier).

Trois autres médecins affirment utiliser plus couramment les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*. L'un d'eux les consulte habituellement en ligne sur sa tablette numérique, qu'il utilise beaucoup dans sa pratique auprès de ses patients. Il est surtout intéressé par les différentes nouveautés apportées aux *Lignes directrices*, qui sont modifiées tous les cinq ans. C'est en fonction des données fournies par les *Lignes directrices* qu'il affirme orienter sa pratique avec ses patients diabétiques de type 2.

Une autre médecin les utilise comme outil pour faire de la prévention du DT2 auprès de ses patients prédiabétiques ainsi que pour éduquer ses patients diabétiques. Pour se faire, elle procède par leur présenter le document des *Lignes directrices* lors de ses explications. Elle leur montre principalement les sections sur la définition de la maladie, les complications futures ainsi que les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques possibles :

Je veux les conscientiser. Je veux qu'ils soient au courant de qu'est-ce qui se passe, de quoi on parle, de qu'est-ce qui se passe et va se passer. Leur montrer les *Guidelines*. Après, ils vont décider par eux-mêmes comment c'est important pour eux. Mais, je leur montre. Je veux lui montrer les valeurs du diabète. Il doit comprendre. C'est tout écrit dans les *Guidelines* (Dre Rouleau).

Ainsi, elle croit fortement qu'en montrant ce document au patient, ce dernier sera plus porté à l'écouter. Elle utilise le guide comme un support visuel, mais aussi comme une source d'informations qui permet d'appuyer ses explications à l'aide de faits, et qui présente les risques possibles liés au DT2.

Cette même médecin considère que les *Lignes directrices* sont également un outil de référence pour appuyer ses explications auprès de ses patients diabétiques. Plus précisément, elle désire montrer à ses patients que ses propos et décisions proviennent de sources sûres. Elle explique d'ailleurs que ceci l'aide à convaincre ses patients d'adopter les traitements :

C'est comme ça que j'ai réussi à augmenter son médicament pour sa haute pression. Il ne voulait pas, mais quand je lui ai montré les *Guidelines*, regarder ici ce que les experts disent, il a dit ok. On les a regardés ensemble. Je lui ai dit que les chiffres de ses résultats me permettent d'augmenter sa dose. Que j'ai une bonne raison de le faire! C'est pas moi qui l'invente. Il a finalement dit ok (Dre Rouleau).

En plus de les utiliser concrètement dans sa pratique pour la prise en charge de ses patients diabétiques, une autre médecin encourage fortement ses patients à les consulter, en se les procurant gratuitement en ligne, ou en communiquant avec l'ACD :

Les *Guidelines* expliquent tout... sur le poids santé, sur la diète, sur l'hypoglycémie, sur le traitement, et... c'est utile pour moi, comme c'est utile pour les patients, leur famille. Je leur dis de les consulter *online*. Je leur dis quoi regarder. Ils peuvent appeler l'Association canadienne du diabète pour en avoir une copie gratuitement aussi (Dre Malo).

Une autre médecin suit davantage les *Lignes directrices* à travers les articles scientifiques, qu'elle consulte régulièrement mentionnant aussi les présentations et colloques de spécialistes auxquels elle assiste de temps à autre. Tout comme les autres médecins participants, elle utilise les données probantes pour faire le suivi de ses patients prédiabétiques et diabétiques ainsi que pour se tenir informée des changements au niveau des données glycémiques et des traitements médicamenteux.

Aucun médecin n'affirme par contre utiliser d'autres guides de pratique clinique que celui de l'ACD. Une médecin spécifie qu'elle préfère utiliser les *Lignes directrices de pratique*

*clinique de l'ACD*, car « c'est canadien. C'est très sur et adapté pour notre pratique ici au Canada » (Dre Rouleau). Pour les autres répondants, ils avouent ne pas en connaître d'autres pour le traitement du DT2 et ne voient pas le besoin d'en chercher d'autres, car celui de l'ACD est, à leur avis, complet.

Cette section complète notre présentation des principaux résultats de notre analyse de contenu thématique des entretiens réalisés auprès de médecins généralistes. Nous avons d'abord présenté les diverses représentations des soignants participants à l'égard de la maladie du DT2 (maladie multisystémique, traîtresse, qui peut être évitée et contrôlée), de ses impacts sur la qualité de vie du diabétique (gravité des conséquences de la maladie et des complications futures) ainsi que de sa progression exponentielle et inquiétante en Amérique du Nord (principalement les résultats, selon les médecins rencontrés, de déterminants individuels, tels qu'une alimentation malsaine et le manque d'activité physique). Nous avons également présenté les différentes représentations qu'ont les médecins des patients atteints de cette maladie, qui sont généralement négatives (en surpoids ou obèse, peu ou mal informé sur le DT2, généralement non-observant, nonchalant, découragement facile, manque d'intérêt et de temps par rapport à sa santé et sentiment d'être invincible ou éternel) ainsi que celles à l'égard de leur rôle (rôle de prévention, qui varie selon les besoins des patients et les différentes phases du DT2) et de celui qu'ils attribuent aux malades dans le traitement du DT2 (la responsabilité de gestion de la maladie reposant essentiellement sur le patient). Enfin, nous avons cerné les représentations des guides de pratique clinique chez les médecins généralistes, et plus spécifiquement celles des *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* (outil de référence et de pratique, jugé pour la plupart des médecins utile).

Il a également été question des approches de soins centrées sur le patient dans le cadre du traitement des personnes atteintes du DT2. En fait, la forte majorité des répondants ne semble pas connaître ce qu'est réellement l'ACP et utilise les principaux éléments suivants pour la décrire : la pluridisciplinarité des acteurs dans la relation de soins, l'importance d'informer le patient sur sa maladie et ses traitements, une plus grande disponibilité du médecin pour le patient et la lourdeur de la relation, en termes de temps passé avec le soigné.

Nous avons également traité du sujet de la communication dans la relation médecin-patient et de l'information reçue par les médecins à ce sujet (indispensable pour entretenir une bonne relation médecin-patient, peu de médecins participants souhaitent recevoir de l'information sur ce sujet). Finalement, nous avons présenté les diverses pratiques de soins utilisées par les médecins généralistes auprès de leur clientèle diabétique de type 2 (responsabiliser le patient diabétique à l'égard de la prise en charge de son DT2, adapter l'approche de suivi médical et de traitement aux particularités personnelles du patient, travailler de pair avec le patient diabétique, informer le patient, l'importance de l'écoute et de la communication, « négociation » dans la relation de soins, recours à différents professionnels de soins) ainsi que les outils utilisés pour ce faire (carnets d'autosurveillance glycémique, documentation sur le DT2, guides de pratique clinique). Dans le prochain chapitre, nous présenterons ces résultats en établissant des liens entre les éléments marquants de notre recherche et la littérature scientifique.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les différents résultats découlant des analyses des entrevues réalisées avec sept médecins généralistes. Dans ce dernier chapitre de notre recherche, nous proposons une analyse un peu plus distanciée de nos résultats. Ceux-ci seront notamment mis en perspective à la lumière de la littérature scientifique.

#### 5.1 Une vision des médecins généralistes centrée sur les facteurs de risques individuels de la maladie du diabète de type 2

L'état de santé d'un individu se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs éléments qui agissent en interdépendance. Plus précisément, il s'agit de facteurs d'ordre socio-économique, de l'environnement physique et du comportement individuel de la personne. Ces facteurs sont désignés comme les déterminants de la santé et n'agissent pas isolément. En effet, c'est la combinaison de leurs effets qui influence l'état de santé d'une personne (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2012). Les douze déterminants retenus pour les Canadiens sont les suivants :

1. le niveau de revenus et le statut social;
2. les réseaux de soutien social;
3. l'éducation et l'alphabétisme;

4. l'emploi et les conditions de travail;
  5. les environnements sociaux;
  6. les environnements physiques;
  7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
  8. le développement de la petite enfance;
  9. le patrimoine biologique et génétique;
  10. les services de santé;
  11. le sexe;
  12. la culture.
- (Agence de la santé publique du Canada, 2011<sup>10</sup>)

Si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu (INPES, 2012), il a néanmoins été démontré que les comportements individuels défavorables à une bonne santé, tels qu'une mauvaise alimentation et la sédentarité, exposant les individus à des facteurs de risque de pathologies comme le DT2, ne peuvent à eux seuls expliquer l'état de santé des diabétiques (FID, 2014).

Certaines études qui se sont penchées sur les relations entre les liens sociaux et le développement des maladies chroniques montrent, entre autres, que les réseaux sociaux contribuent à diffuser les maladies chroniques (INPES, 2012). En effet, une analyse montre que le risque de devenir obèse, une des principales causes du DT2 selon les médecins participants, n'est pas uniquement lié aux comportements individuels de la personne. Le développement économique, des dernières décennies, aurait également un impact considérable sur l'obésité grandissante dans notre société. En fait, ce dernier est associé à des environnements de plus en plus obésogènes, qui favorisent le surpoids et l'obésité, caractérisés par une augmentation de l'accès à des aliments énergétiques, mais aussi par la motorisation des déplacements et la sédentarité des loisirs.

De plus, certains facteurs sociétaux sous-jacents, comme les infrastructures urbaines et les normes sociales, contribuent à l'épidémie du DT2. D'ailleurs, certains éléments sociaux peuvent exacerber les risques liés à la maladie. À titre d'exemple, on peut penser aux femmes défavorisées qui sont plus enclines à mal s'alimenter durant leur grossesse. Or,

---

<sup>10</sup> Consulté en ligne le 1<sup>er</sup> novembre 2014 (pas de pagination).

cela peut augmenter la vulnérabilité de leur enfant, entre autres les facteurs de risque liés au diabète (FID, 2014). Aussi, la consommation de plus en plus importante de repas de restauration rapide et de repas prêts à manger vendus en épiceries, associée à la vente des « plats-minute » et des portions géantes, amènent certaines personnes à ne pas consommer de nourriture saine. Ainsi, ces changements alimentaires peuvent contribuer à l'augmentation rapide de l'obésité et du diabète chez la population générale (Nexus Santé et Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario, 2008). Cela dit, selon l'état actuel des connaissances, il n'est plus possible d'affirmer que chacun est entièrement « responsable » de ses habitudes de vie, et dès lors de sa santé.

D'autres études insistent également sur le fait que les déterminants socio-économiques sont des facteurs de stress majeurs. Ils expliquent que les tensions physiologiques produites par le stress rendent les personnes plus vulnérables à une résistance à l'insuline, et augmentent donc le risque de développer un syndrome métabolique. De plus, il n'est pas rare de voir des personnes, vivant un degré de stress élevé, adopter des habitudes de vie qui sont mauvaises pour leur santé (Mikkonen et Raphael, 2011).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons constaté que la forte majorité des médecins généralistes répondants privilégient les déterminants d'ordre individuel, c'est-à-dire les facteurs liés au style de vie, comme une mauvaise alimentation, une trop grande consommation de calories et un manque d'activité physique, pour expliquer les causes de cette maladie ainsi que son explosion en Amérique du Nord. Ces médecins abordent rarement l'influence d'autres déterminants sur la santé des diabétiques, comme les facteurs liés aux réseaux sociaux et les conditions environnementales.

Ces représentations restrictives de la maladie du DT2 des médecins répondants produisent subséquemment une image plutôt culpabilisante et négative pour le patient diabétique de type 2. Autrement dit, les médecins considèrent, en quelque sorte, que le patient diabétique est le principal responsable de sa santé, alors qu'ils estiment que cette maladie chronique est « évitable ». D'après eux, la personne malade aurait développé le DT2 en n'optant pas une alimentation saine et équilibrée et une activité physique régulière. Si les médecins

généralistes considéraient d'autres déterminants de la santé, à savoir les influences sociales et collectives, les facteurs liés aux conditions de vie et de travail ainsi que les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales, ils auraient une vision plus globale de la problématique du DT2 et seraient peut-être plus en mesure d'offrir une prise en charge plus réaliste au patient diabétique, tenant véritablement compte de son environnement. Toutefois, il est aussi possible qu'ils se sentent impuissants à agir sur ces facteurs de risque environnementaux et préfèrent se concentrer sur les déterminants individuels sur lesquels ils ont peut-être le sentiment d'avoir plus de prise.

Les études actuelles soulignent pourtant l'insuffisance de se centrer sur les déterminants individuels pour expliquer la progression du DT2. Bien que les mesures centrées sur les comportements de santé individuels conservent évidemment une place importante dans la prévention et le traitement du DT2, d'autres déterminants de la santé des populations, notamment ceux d'ordre socioculturel, socio-environnemental et économique, sont à prendre en considération (Ruiz et Egli cités dans Aubert, 2011). La formation médicale auprès des médecins de première ligne devrait aborder plus en détail l'influence qu'ont les déterminants de la santé sur la santé des individus et aider les médecins à comprendre comment les prendre en compte dans leur pratique clinique.

## 5.2 Des incohérences entre les représentations sociales des médecins généralistes et leurs pratiques de soin

Suite à l'analyse des résultats, nous avons mis en évidence certaines incohérences dans le discours des médecins répondants. Nous en présentons deux qui nous semblent être les plus pertinentes.

### 5.2.1 La pratique de la « négociation » dans la relation de soins

Une des pratiques de soins utilisées par les médecins répondants dans le traitement et la communication avec le patient diabétique de type 2 est celle de la « négociation ». Celle-ci est jugée par les médecins comme étant importante dans la relation de soins. Elle est d'ailleurs un des principes de l'ACP, et doit aboutir à l'entente entre le médecin et le patient sur le problème et les solutions possibles (approche négociée/partenariat) (Stewart *et al.*, 1995).

Toutefois, dans les faits, certains médecins affirment être mal à l'aise avec le caractère négocié de la relation de soins. Plus précisément, ils expliquent que la « négociation » porte en quelque sorte atteinte à leur statut de médecin expert et peut avoir un effet plutôt négatif sur la relation de soin, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. En effet, selon une recension exhaustive de la littérature sur le sujet de la prise de décision partagée (Légaré *et al.* cités dans Légaré, 2009), ou de la « négociation » comme la qualifient nos participants, les médecins perçoivent certaines limites à cette pratique. Il s'agit notamment du manque de temps requis pour s'engager dans la décision partagée, de la perception que ce ne sont pas tous les patients qui la désirent, de la crainte de transmettre au patient des informations qui pourraient induire de l'anxiété chez lui et de la peur d'être jugé incompetent. Par ailleurs, certains médecins ignorent les attentes de leur patient quant à leur rôle dans ce type de situation et considèrent que ce ne sont pas toutes les situations cliniques qui s'y prêtent véritablement, ce que confirme la littérature (Légaré, 2009; Lussier et Richard, 2008).

Pourtant, selon Légaré *et al.* (cités dans Légaré, 2009), les situations cliniques propices à cette pratique de « négociation » sont fréquentes et les situations cliniques dans lesquelles elle est indiquée sont plus nombreuses que celles pour lesquelles cette approche est actuellement adoptée. Une étude démontre que les activités d'apprentissage de l'ACP préparent les médecins adéquatement à ce rôle de « négociation » (Légaré, 2009). Ainsi, nous pouvons croire qu'augmenter la formation sur l'ACP pendant le cursus universitaire, et dans le cadre de la formation continue pour les médecins généralistes en exercice, pourrait être très

utile pour ceux-ci et les inciter à plus la mettre en œuvre dans leur pratique clinique. Il importe toutefois de bien mettre en évidence les bénéfices qu'ils retirent en s'engageant dans une approche de type ACP puisque pour le moment, ils sont plus conscients des inconvénients qui y sont associés.

### 5.2.2 Des représentations des traitements de la maladie du diabète de type 2 des médecins généralistes ne concordant pas avec celles des patients atteints

Bien que le DT2 soit, entre autres, perçu comme une maladie « traîtresse » et contraignante par les médecins participants, il existe un clivage entre les représentations à l'égard de sa prise en charge et de ses traitements. D'une part, certains médecins considèrent que leurs recommandations, pour une prise en charge efficace du DT2, sont relativement simples à adopter pour le patient, bien qu'une forte majorité de leur clientèle diabétique soit non-observante. Mais, si les traitements sont effectivement simples à effectuer, pourquoi la majorité des diabétiques de type 2 est-elle non-observante? Il semble donc y avoir un écart entre les représentations des médecins et celles des patients à l'égard des traitements. Il serait intéressant de mieux conscientiser les médecins généralistes à la lourdeur des traitements qu'ils recommandent, qui sont d'ailleurs considérés, par la littérature scientifique, comme étant complexes à effectuer et à entretenir (Lehoux, 2004; Fédération Française des Diabétiques, 2015; Qualité des services de santé Ontario, 2012).

D'autres médecins rencontrés ont une perception différente et sont conscients de la lourdeur et de la complexité de la prise en charge du DT2 pour le patient. Certains d'entre eux affirment que de nombreux patients se découragent facilement, et soulignent une perte de motivation par rapport à leur autogestion. Nombre de ces patients sont néanmoins caractérisés comme étant non-observants, et ce, bien que les médecins soient conscients de l'ampleur des changements dans lesquels ils doivent s'engager. On peut ainsi se demander pourquoi leur pratique de soins n'est pas plus centrée sur le soutien et l'encouragement du patient diabétique dans sa prise en charge afin d'améliorer son observance, ce qui est d'ailleurs défendu par l'ACP. Comme mentionné dans la problématique, nous pouvons nous

demander si ceci est associé à un manque de temps chez le médecin (qui est souvent surchargé), à un manque de connaissances ou de formation sur cette approche de soins (plusieurs médecins généralistes n'ont pas suivi de formation initiale à l'ACP), à leur ambivalence concernant l'implication du patient dans la relation de soins (crainte chez le soignant de partager le pouvoir avec le patient) ou à une difficulté à transmettre de l'information par manque d'outils et de compétences en communication.

Enfin, peu importe les représentations qu'ont les médecins généralistes des recommandations et de la prise en charge du DT2, la non-observance des patients diabétiques est largement soulignée par les médecins participants. Elle est assez systématiquement associée à une nonchalance et à un manque de volonté de la part des patients, et ces représentations sont parfois généralisées à l'ensemble des patients atteints de cette maladie chronique.

### 5.3 La pratique de soins des médecins généralistes : une pratique centrée sur le patient

Les données que nous avons recueillies sur la pratique de soins des médecins généralistes auprès de leurs patients diabétiques de type 2 montrent que, de façon générale, les participants mettent en œuvre, à leur façon, les grandes lignes de l'ACP, mais recourent aussi à des approches connexes, comme l'approche motivationnelle (tel que fixer des objectifs de traitements réalistes) et l'approche d'éducation thérapeutique du patient (tel que le recours à différents professionnels de la santé). La pratique de soins des répondants, décrite dans le chapitre de l'analyse, est principalement centrée sur le patient dans le sens où elle vise une certaine prise de décision partagée entre le médecin et le patient, favorise une communication réciproque et la participation du patient dans la relation de soins, mise sur l'éducation du patient au sujet de sa maladie et de ses traitements ainsi que sur l'autoprise en charge de sa maladie, la pratique du médecin est adaptée aux différentes caractéristiques du patient et centré sur une écoute active du patient.

Bien que, dans leur discours, les médecins déclarent pratiquer de façon générale une ACP, il est intéressant de constater que tous les médecins participants, à l'exception d'une

répondante, n'ont qu'une idée abstraite de ce modèle de soins. Nous pouvons d'ailleurs supposer que cette pratique de soins n'a pas été apprise lors de leurs études universitaires, mais plutôt sur le terrain ou dans le cadre de pratique de formation continue. D'ailleurs, notons que la seule médecin participante affirmant connaître l'ACP est la plus jeune des participants et explique avoir été formée à cette approche lors de ses études en médecine.

Ceci étant dit, certaines notions de l'ACP échappent à la compréhension des médecins participants, or, il serait pertinent qu'ils les intègrent afin d'améliorer leur pratique de soins centrée sur le patient. Nous présentons deux aspects qui nous semblent être les plus importants et qui, à notre avis, bonifieraient grandement la pratique de soins centrée sur le patient des médecins généralistes. Rappelons cependant que l'ACP peut être difficile à adopter entre autres parce que peu de moyens sont mis en place pour combler l'écart qui existe entre les dimensions biotechnique et psychosociale de la médecine (Consolli, 2004).

Tout d'abord, le principe selon lequel le soignant doit tenir compte des particularités du patient, telles que ses opinions, ses idées, son statut socio-économique et son niveau culturel, pour lui offrir une approche adaptée, dans le but de répondre à ses besoins ainsi qu'à ses attentes (Epstein et Street, 2011; Fournier et Kerzanet, 2005), semble être plutôt négligé. Hormis les actions des médecins participants destinées à proposer des outils et à offrir des conseils adaptés au patient, les différents stades du processus d'adaptation du patient à sa maladie, son mode d'apprentissage, ses croyances et ses représentations concernant sa maladie et ses traitements ainsi que son expérience émotionnelle et ses autres dimensions affectives sont peu considérés par les médecins. Il serait utile d'aider les soignants à sortir du cadre biomédical, pour comprendre la façon dont le patient perçoit ses symptômes et définit son problème médical, c'est-à-dire les aider à accorder plus d'importance aux histoires de maladie des patients. Cela permettrait aux médecins d'évaluer et de comprendre le patient dans son ensemble, et non pas uniquement sous l'angle de la maladie. C'est d'ailleurs une nouvelle avenue dans la prise en charge du patient, appelé la *narrative medicine* (Charon, 2001).

Un autre aspect de l'ACP qui est à améliorer, dans la pratique des médecins généralistes, est le partenariat entre le soignant et le soigné. À cet égard, nous avons remarqué que, malgré ses efforts, le patient est souvent jugé non-observant, que le médecin semble lui faire porter toute la responsabilité en rapport avec la détérioration de son état de santé, mais aussi en rapport avec ses difficultés à s'engager au mieux dans son traitement. Ce type d'attitude de la part du médecin tend à culpabiliser le patient, et s'oppose au concept de partenariat et à ses visées éducatives (Traynard et Gagnayre, 2001). Il faudrait ainsi amener les médecins à voir la relation avec le patient sous l'angle de la coopération, ce qui implique que les responsabilités soient partagées entre les acteurs. D'ailleurs, meilleure est la relation de soins, et plus le patient peut communiquer efficacement avec son médecin, et lui avouer qu'il éprouve des difficultés, voire des réticences à suivre le traitement prescrit. Cette meilleure communication de la part du malade permettra au médecin d'identifier avec lui des solutions adaptées (Bourdon, 2012). Aussi simple que cela puisse paraître, ceci exigera des médecins généralistes qu'ils modifient leurs représentations, celles-ci ayant, comme expliqué précédemment, pour effet d'influencer étroitement les rapports et les pratiques à l'égard du patient diabétique de type 2. Ce type de transformation peut toutefois s'avérer très complexe (Mercier *et al.*, 1997).

Enfin, les médecins participants semblent ignorer certains bénéfices de l'ACP, tant sur la santé du patient que sur leur pratique de soins. Ainsi, pour ce qui est de la santé du patient, l'ACP favorise, entre autres, une meilleure observance des conseils et des traitements offerts, et plus globalement, une meilleure prise en charge de la maladie (Lussier et Richard, 2008). En outre, la pratique de soins sera également bonifiée pour le médecin. À titre d'exemple, on peut envisager une baisse de sa frustration lorsqu'il constatera la non-observance du patient au traitement, puisqu'en ayant une meilleure connaissance de son patient, il pourra avoir des attentes plus réalistes face à ce dernier (Côté et Hudon, 2005). Finalement, si les médecins généralistes avaient une plus grande connaissance des bienfaits de l'ACP, ils seraient peut-être plus enclins à l'appliquer pour soigner leurs patients diabétiques de type 2. Il faudrait ainsi penser à des façons de communiquer les aspects positifs de l'ACP aux médecins généralistes.

Notons aussi que certaines connaissances rapportées par la majorité des participants en ce qui concerne l'ACP ne sont pas exactes. Par exemple, certains médecins soulignent l'importance de la disponibilité du médecin, soit de permettre un accès plus rapide au soignant. Cette représentation pousse le médecin à croire que pratiquer l'ACP exige un temps et un effort considérables. La plupart des soignants répondants soulignent aussi que l'ACP exige du médecin de passer beaucoup plus de temps avec le soigné, ce qui, selon eux, les empêche de voir plus de patients dans une journée et les rendent moins productifs. Enfin, certains affirment qu'une telle approche présente plus d'avantages pour le patient que pour le médecin, ce qui peut être moins encourageant pour leur pratique. Ces représentations expliquent peut-être en partie pourquoi les médecins généralistes sont partiellement réticents à adopter l'entière de cette approche de soins auprès de leurs patients diabétiques de type 2.

Nous avons également noté quelques contradictions entre les représentations des médecins participants à l'égard d'une pratique de soins qu'il juge être idéale et leurs propres interventions auprès de leurs patients diabétiques de type 2. Nous présenterons donc ces écarts dans le point suivant.

#### 5.4 La non-adhésion des médecins généralistes aux *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*

Six des sept médecins rencontrés affirment uniquement utiliser les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* comme guide de pratique clinique dans le traitement et le suivi de leurs patients diabétiques de type 2. Ce guide, qui est reconnu au Canada, mais aussi à l'échelle internationale, regroupe des données probantes et d'une grande qualité ainsi que des recommandations exhaustives et factuelles pour le dépistage, la prévention, le diagnostic, le traitement, la surveillance, le suivi et l'éducation sur l'autogestion de la maladie du diabète. Une analyse a d'ailleurs démontré que les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* font partie des meilleures au monde sur le plan de la qualité, de la rigueur et des processus. En plus, ce guide est une ressource utile pour toutes les personnes prenant soin de personnes

diabétiques. Il est donc destiné aux professionnels de la santé, aux diabétiques ainsi qu'aux proches accompagnateurs (Cheng, 2013; Bennett *et al.* cités dans Cheng, 2013).

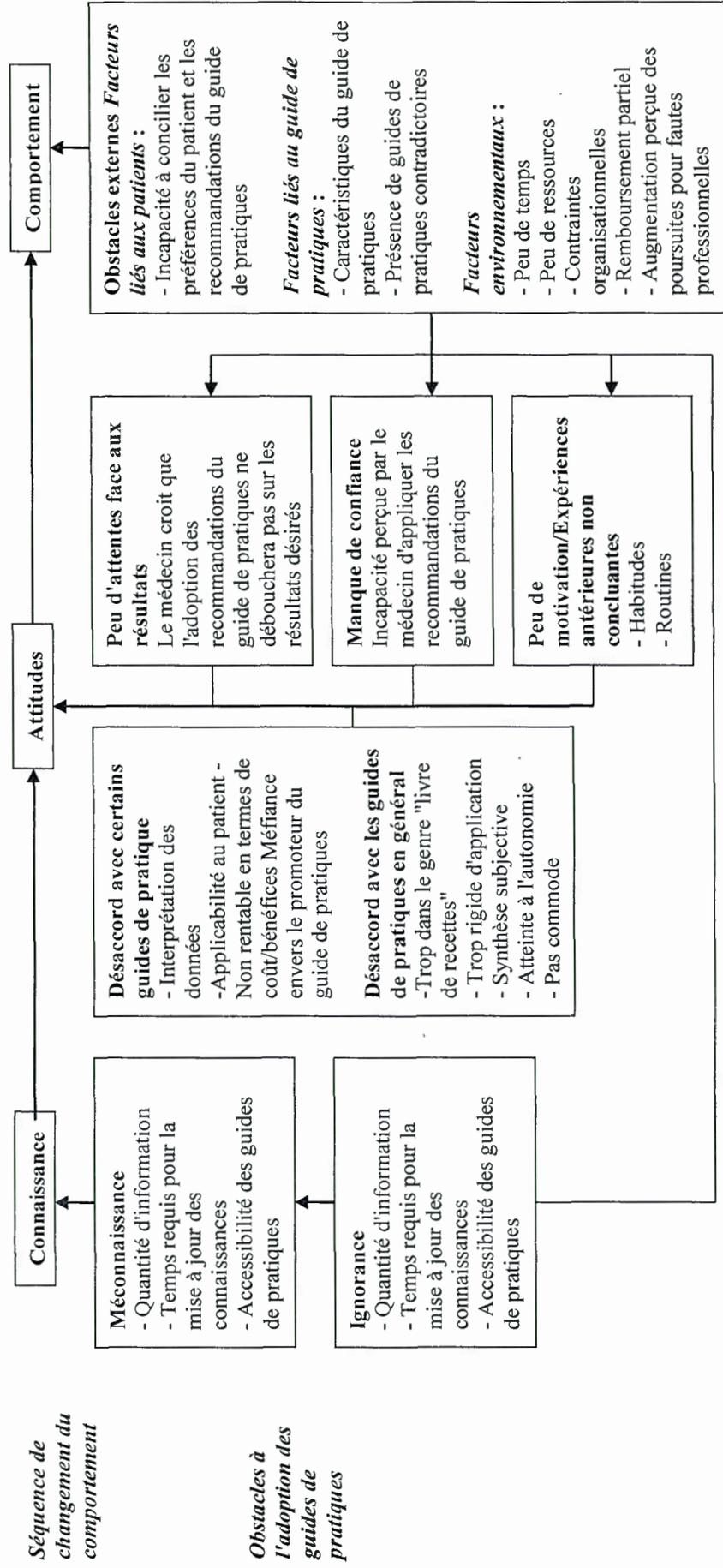
Néanmoins, comme énoncé dans le chapitre précédent, nos résultats suggèrent que les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* sont peu utilisées dans la pratique de soins du patient diabétique. Malgré le fait que ce guide offre une vaste gamme d'informations utiles sur divers aspects du DT2 et de sa prise en charge ainsi que des outils pratiques pour la gestion de cette maladie (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013), seule une infime partie du guide semble être consultée et utilisée par les médecins généralistes participants. Ainsi, seules les données factuelles, comme les objectifs du contrôle de la glycémie, la pharmacothérapie et le dépistage de complications possibles, semblent être utilisées par la majorité des répondants.

Nos données recueillies concordent d'ailleurs avec ce que rapporte la littérature au sujet de l'utilisation des guides de pratique clinique chez les médecins de première ligne. D'abord, il est reconnu que les données de recherche ne se transposent pas simplement et automatiquement de la littérature à la pratique clinique courante (Koutsavlis, 2001). Ainsi, malgré les efforts répétés pour diffuser le contenu de la littérature scientifique par le biais de guides, comme les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*, la pratique des médecins ne reprend pas véritablement les dernières avancées scientifiques (Eve *et al.* cités dans Koutsavlis, 2001). En d'autres termes, malgré la diffusion des guides de pratique clinique, leur application dans la prise en charge des patients laisse encore à désirer (Ockene et Zapka cités dans Koutsavlis, 2001). Même si la médecine met de l'avant le fondement scientifique de la pratique, peu d'efforts sont déployés concrètement pour mettre en relation la science et la pratique (Eddy cité dans Koutsavlis, 2001; Koutsavlis, 2001). Or, notons que l'ACP constitue un idéal à atteindre. La réalité de la pratique de soins est souvent plus complexe que l'approche en soi. Souvent, c'est justement la complexité de la pratique de soins quotidienne qui nous permet de questionner ou de rendre plus flexible l'approche. D'ailleurs, rappelons que l'ACP est une philosophie de soins et non un ensemble de règles ou procédures de soins (Côté et Hudon, 2005).

En effet, les obstacles, c'est-à-dire les facteurs qui restreignent l'adoption d'un guide de pratique clinique par le médecin (Cabana *et al.* cités dans Koutsavlis, 2001), sont nombreux. Un auteur les a d'ailleurs classés selon trois grands thèmes (connaissance, attitudes et comportement) et en a dégagé sept catégories (ignorance, méconnaissance, désaccord, manque de confiance en soi, peu d'attentes face aux résultats, expériences antérieures non concluantes et obstacles externes) (Cabana *et al.* cités dans Koutsavlis, 2001). Notons que chaque obstacle a sa propre importance dans l'élaboration d'interventions pratiques. La figure suivante (5.1) résume ces obstacles.

Figure 5.1

Obstacles à l'adoption des guides de pratique chez les médecins en relation avec le changement de comportement



(Reproduit d'après Cabana et al. cités dans Koutsavlis, 2001, p.21)

De plus, les changements suggérés par les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*, et destinés à améliorer la pratique clinique, ne portent leurs fruits que s'ils prennent en considération le milieu dans lequel exerce le médecin afin de bien s'y intégrer. À cet égard, il serait intéressant de tenter de déterminer quel est le type ou les types de milieux qui favorise(nt) l'intégration et l'utilisation de ce guide par les médecins généralistes pratiquant en clinique privée. En effet, comme mentionné dans la problématique, la manière dont le travail est organisé dans les cabinets de santé et les ressources dont ces milieux disposent structurent le comportement des soignants, leurs décisions cliniques et influencent de manière importante la qualité des soins offerts (Renaud *et al.*, Landon *et al.* cités dans Borgès Da Silva, 2010).

Nos résultats permettent aussi d'identifier plusieurs obstacles à la mise en œuvre des *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* chez les médecins répondants. Il s'agit du manque de temps pour les consulter et pour les appliquer auprès de leur clientèle diabétique, du manque de concision du document, considéré comme assez volumineux, d'une méconnaissance du document et de son contenu, mais aussi d'un manque de volonté de la part du soignant pour intégrer le patient au processus de prise de décision. De plus, certains médecins ont le sentiment de bien connaître les normes de soins et les données scientifiques en lien avec le DT2, et jugent qu'ils peuvent prendre une décision éclairée sans tenir compte du cadre des *Lignes directrices*. Dans les faits, la non-adhésion à ce guide de pratique clinique n'est pas nécessairement synonyme de mauvais soins pour le patient, leur application rigide pour soigner un patient équivaldrait à utiliser des connaissances sans user de discernement et ne tient pas compte des acquis de l'expérience clinique (Dupuis, 2008). Il serait ainsi utile de mieux comprendre dans quelle mesure la qualité des soins, qui sont dispensés au patient, est affectée par la non-adhésion à ce guide de pratique clinique, ce qui pourrait constituer des arguments pour convaincre les médecins de leur pertinence. Certains auteurs insistent sur le fait que les guides de pratique clinique de haute qualité, comme celui de l'ACD, peuvent aider les professionnels de la santé à améliorer les soins qu'ils prodiguent (Dupuis, 2008), il importe que ces derniers en soient persuadés et voient comment les intégrer. À ce titre, de nombreuses parties des *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD*, notamment les chapitres intitulés « Organisation des soins du diabète » (Comité

d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013, p.S381) et « Éducation sur l'autogestion » (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013, p.S388), offrent des recommandations et des stratégies de soins et de communication axées sur le patient diabétique, qui sont d'ailleurs associées aux meilleures données disponibles pour améliorer les soins du DT2. Parmi elles, on compte la promotion de l'autogestion du diabète (y compris l'éducation et le soutien à l'autogestion) ainsi que les soins reposants sur une équipe interprofessionnelle avec la collaboration du médecin traitant et la prise en charge de la maladie (y compris l'encadrement, la surveillance et la coordination des soins) (Cheng, 2013). Notons également qu'une nouvelle version des *Lignes directrices* est publiée tous les cinq ans, offrant un guide amélioré et mis à jour en fonction des dernières recommandations.

De plus, l'approche adoptée par les *Lignes directrices*, qui est basée sur le modèle de soins des maladies chroniques, regroupe plusieurs principes défendus par l'ACP, comme la participation du patient dans la gestion de ses propres soins, les interventions éducatives du soignant, le soutien au patient et l'adaptation de l'approche de soins aux différentes particularités du patient (Jones *et al.*, 2013). Plus précisément, ces *Lignes directrices* visent une éducation continue et soutenue par le médecin, sur l'autogestion des personnes diabétiques, accompagnée de soins de santé complets. Il est d'ailleurs primordial que l'éducation sur l'autogestion soit efficace, pour assurer la participation des patients à la prise en charge de leur maladie, ce qui est d'ailleurs essentiel pour la réussite du traitement. En outre, afin que les recommandations des *Lignes directrices* tiennent compte du point de vue et des préférences des diabétiques, le Comité d'experts des *Lignes directrices* comprend des personnes atteintes du diabète (Cheng, 2013).

Nous avons également remarqué qu'aucun outil pratique, offert par les *Lignes directrices*, destiné aux soignants n'est utilisé par les médecins généralistes participants pour le contrôle du DT2. Or, de nombreux encadrés de « conseils pratiques » sont proposés à travers le guide. Ces encadrés sont introduits à travers ce document afin de faciliter la mise en œuvre des recommandations proposées (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013). Ainsi, considérant que la gestion du DT2 exige que les médecins généralistes

fassent un suivi régulier et rigoureux de leurs patients diabétiques de type 2, ces outils faciliteraient leurs tâches, tout en leur permettant de se centrer sur le patient. Un exemple de ces « conseils pratiques », soit celui définissant les modalités de base de l'autosurveillance de la glycémie pour les professionnels de la santé (Berard *et al.*, 2013), est présenté en appendice F. Il faudrait cependant penser à des façons de mieux communiquer ces informations aux médecins généralistes pour qu'ils puissent en prendre connaissance et les intégrer à leur pratique de soins.

Finalement, une plus grande utilisation des divers aspects, qu'offre ce guide de pratique clinique, permettrait peut-être aux médecins généralistes d'optimiser leur pratique de soins centrée sur le patient. Un plus grand recours à ce guide permettrait également aux médecins d'être mieux outillés, mais aussi de soutenir et d'outiller davantage leurs patients diabétiques de type 2 dans l'autogestion de sa maladie.

Par ailleurs, les *Lignes directrices* s'adressent également aux patients diabétiques et intègrent de nombreuses informations et des outils concrets pour l'autogestion de la maladie. Pourtant, même si les médecins participants encouragent fortement leurs patients à s'informer sur leur maladie et à autogérer leur DT2, une seule médecin recommande à ses patients diabétiques de consulter ce guide.

Plus précisément, les *Lignes directrices* indiquent que des activités éducatives sur l'autogestion, de nature collaborative et interactive, comme le veulent les outils pratiques du guide, doivent être offertes, car elles sont plus efficaces qu'une simple éducation didactique. Ainsi, des activités d'apprentissage axées sur le patient et visant à lui permettre de prendre des décisions éclairées, par rapport aux objectifs qu'il s'est fixés, doivent être élaborées. Il est tout de même important de mentionner que ces outils ne visent pas à remplacer le « counselling » du médecin, mais plutôt à soutenir le processus d'autogestion du patient et d'aider le soignant dans sa démarche. Ce type d'outil a donc pour but d'aider le médecin à fournir au patient des informations spécifiques, fondées sur des preuves scientifiques, et à promouvoir les compétences du patient en matière de prise en charge du DT2 (Berard *et al.*,

2013). De nombreuses recherches indiquent que les outils de soutien aux patients « améliorent les connaissances, réduisent le conflit décisionnel et augmentent la participation des patients lors de la prise de décision avec un professionnel de la santé » (O'Connor cité dans Légaré, 2009, p.291). À titre d'exemple, un outil, intitulé « Le diabète et le soin des pieds : aide-mémoire du patient » (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013, p.S596), est présenté en appendice G. Cet outil particulier a pour but d'encourager le patient à engager une conversation avec son médecin à ce sujet, et par le fait même, il tend à l'aider à prévenir des problèmes graves en suivant certaines directives. Notons, encore une fois, qu'il faudrait songer à des façons de faire connaître ces outils aux soignants afin qu'ils puissent en prendre connaissance et en faire bénéficier les patients.

Enfin, nous pouvons principalement nous questionner sur la connaissance que les médecins participants ont de l'utilité et du contenu des *Lignes directrices* pour leur clientèle diabétique. Autrement dit, selon les données obtenues, nous pouvons supposer que les médecins ignorent l'existence de ces outils pratiques destinés aux patients diabétiques. De plus, étant donné que la majorité des médecins affirme que leur clientèle diabétique est non-observante, nous pouvons présumer que cela affectera négativement leurs attentes face à leurs patients et par le fait même les résultats à venir de leurs patients. À cet égard, nous estimons que la référence à ces *Lignes directrices* pour les patients diabétiques serait fortement bénéfique pour l'observance du patient dans la gestion de sa maladie, et donc pour l'amélioration de sa santé, bien que plusieurs facteurs et obstacles puissent influencer et restreindre son adoption (Cabana *et al.* cités dans Koutsavlis, 2001).

Pour conclure, la sous-utilisation des *Lignes directrices*, tant dans la littérature que dans la pratique de soins des médecins généralistes, nous fait réfléchir sur la promotion et l'utilisation de ce guide de pratique clinique canadien auprès des soignants de première ligne ainsi que sur leur connaissance de ce guide.

## CONCLUSION

Mener une réflexion sur la relation et la communication médecin-patient est particulièrement important dans le contexte actuel de santé au Québec. Les transformations du système de santé, notamment la prévalence croissante des maladies chroniques, principalement du DT2, les nouvelles modalités de leur prise en charge ainsi que la transformation de la place du malade dans le champ de la santé, en lien avec la conception devenue dominante de l'individu comme autonome et responsable (Fournier cité dans Fournier et Kerzanet, 2007), placent la relation soignant-soigné au cœur de nouveaux enjeux. Cette relation particulière, qui a fait l'objet de nombreuses recherches, est aujourd'hui souvent étudiée sous l'angle des habiletés communicationnelles et relationnelles (Richard et Lussier, 2005b).

Parmi les nouveaux moyens disponibles pour assurer un meilleur suivi ainsi qu'une prise en charge efficace des maladies chroniques, le modèle de soins de l'ACP s'impose depuis les dernières décennies au Québec. Celui-ci se retrouve d'ailleurs au centre des discussions sur les soins de qualité (Epstein et Street, 2011; Richard et Lussier, 2005b), et c'est pourquoi nous avons souhaité nous y intéresser dans le cadre de ce mémoire. Notre revue de la littérature montre que cette approche de soins, qui prend autant en compte les besoins, les opinions, les conceptions, les idées et les sentiments du patient que son état biologique, peut, entre autres, favoriser une meilleure communication dans la relation médecin-malade et contribuer à améliorer le suivi des traitements, les résultats cliniques et de la qualité de vie des patients, et ce, notamment dans le cas de maladies chroniques (Fournier et Kerzanet, 2007).

La rencontre entre un médecin et son patient peut être envisagée comme la confrontation de deux systèmes de représentation. Si les représentations du patient ont retenu l'attention, celles des médecins sont encore peu documentées. Nous nous sommes intéressée aux

représentations du DT2, du patient diabétique et de la prise en charge par l'ACP des médecins généralistes. Plus précisément, notre recherche avait pour objectif de cerner les représentations des médecins généralistes, œuvrant dans le régime de l'assurance maladie du Québec et pratiquant en clinique privée, de l'ACP en contexte du traitement des patients atteints du DT2. Souhaitant documenter la perspective des médecins, nous avons privilégié une approche qualitative et procédé par entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été réalisés auprès de sept médecins généralistes. Puis, nous avons procédé à une analyse thématique des données qui nous a permis d'identifier les différentes représentations et pratiques médicales des médecins généralistes et de documenter leur expérience de soins auprès de leur clientèle diabétique de type 2.

Nos résultats montrent tout d'abord que pour les médecins généralistes rencontrés, la maladie du DT2 est une maladie multisystémique et « traîtresse », et qui peut être évitée et contrôlée. De plus, les représentations du DT2 chez les participants laissent place à la gravité des conséquences de la maladie, en la présentant sous l'angle de la contrainte quotidienne à long terme et de la chronicité routinière. Les médecins insistent également sur les complications futures qui semblent davantage considérées comme un danger à éviter. Les déterminants individuels, tels qu'une alimentation malsaine et le manque d'activité physique, sont principalement relevés pour expliquer la progression du nombre de patients diabétiques de type 2 depuis les dernières années, ce qui aura pour effet de causer de graves conséquences sociales. Enfin, les médecins insistent sur l'importance de la prévention de cette maladie et de ses complications possibles.

En deuxième lieu, le portrait du patient diabétique de type 2, brossé par les médecins généralistes, est globalement peu flatteur. Celui-ci est principalement caractérisé comme étant en surpoids ou obèse et peu ou mal informé sur sa maladie, ce qui rend la tâche du médecin plus complexe par rapport à la gestion de la maladie. De plus, la grande majorité des médecins indique que le diabétique de type 2 est généralement non-observant, par rapport aux traitements et à la prise en charge. Il est ainsi une source de complications pour les praticiens qui doivent souvent revoir leurs objectifs thérapeutiques à la baisse. Ces médecins soulignent également la nonchalance, le découragement, le manque d'intérêt et le manque de

temps, rapporté par les patients, pour gérer leur santé ainsi que le sentiment qu'ils ont d'être invincibles ou éternels. Néanmoins, certains médecins ont une représentation contraire de leur clientèle diabétique. Ils présentent une clientèle majoritairement observante, comportement qu'ils attribuent principalement à leurs pratiques de traitement, et leur adoption d'une approche de soins centrée sur le patient.

En troisième lieu, nous avons interrogé les médecins sur leurs représentations à l'égard de leur rôle ainsi que celui du patient diabétique dans la prise en charge du DT2. Outre leur rôle de médecin expert auprès des patients, les médecins considèrent devoir jouer un rôle de prévention afin de réduire les risques de complications possibles liées au DT2. Certains médecins précisent que leur rôle change selon les besoins des patients et les différentes phases de sa maladie et soulignent la lourdeur de la prise en charge globale de cette clientèle. Les médecins participants affirment que le patient diabétique a lui aussi une part de responsabilité dans la gestion de sa maladie, entre autres, parce que le patient diabétique est celui qui s'autoadministre la majorité des soins, et a la plus grande part de responsabilité dans la prise en charge et dans l'éducation sur sa maladie.

En quatrième lieu, nous avons repéré les représentations des médecins concernant les guides de pratique clinique, et plus spécifiquement les *Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD* qu'une grande majorité des répondants connaissait. Bien qu'ils soient nombreux à affirmer que les *Lignes directrices* sont un outil de référence et de pratique utile, certains participants indiquent que cet outil de référence est peu utile pour la pratique médicale auprès de leurs patients diabétiques et s'en servent assez peu. Mais, d'autres le consultent pour valider les seuils d'intervention, voire légitimer le traitement prescrit auprès des patients.

En cinquième lieu, nous avons relevé les représentations des médecins généralistes à l'égard des pratiques de soins centrées sur le patient dans le traitement du DT2. Les médecins participants, à l'exception d'une femme médecin, ne semblent pas bien maîtriser ce qu'est réellement l'ACP. Les principaux éléments auxquels ils réfèrent pour décrire l'ACP sont : la pluridisciplinarité des acteurs dans la relation de soins, l'importance d'informer le patient sur sa maladie et ses traitements, une plus grande disponibilité du médecin pour le patient et la

lourdeur de la relation, en termes de temps passé avec le soigné. Enfin, certains affirment qu'une telle approche présente finalement plus d'avantages pour le patient que pour le médecin.

Parallèlement, les médecins indiquent que la communication dans la relation de soins traitant une maladie chronique est indispensable pour entretenir une bonne relation avec le patient. Toutefois, peu de médecins participants souhaitent recevoir de l'information sur ce sujet. La majorité estime principalement ne plus avoir besoin d'informations au sujet de la communication dans la relation de soins, étant donné leur grande expérience sur le terrain ou leur manque de temps de s'informer sur ce sujet.

Pour conclure, nous avons tenté de voir comment ces représentations s'articulent avec leur pratique de suivi de patients diabétiques de type 2. D'abord, tous les médecins participants affirment devoir responsabiliser le patient diabétique à l'égard de la prise en charge de sa maladie en lui donnant des conseils concrets et en l'invitant à s'informer par lui-même sur sa maladie et ses traitements. Une autre pratique courante est d'adapter leur approche de suivi médical et de traitement aux particularités personnelles des patients diabétiques, et ce, tout en tentant d'offrir un traitement progressif et personnalisé afin d'encourager le patient à bien prendre en charge son DT2. Les médecins insistent aussi sur le fait de travailler de pair avec le patient diabétique, tout en l'encourageant, dans le respect de son traitement et des changements à apporter dans ses habitudes de vie afin d'optimiser son observance. Ils jugent également devoir informer le patient sur sa maladie, son traitement, sa prise en charge et sur les risques de complications possibles. Deux pratiques, vues comme étant étroitement liées sont l'importance de l'écoute et de la communication dans la relation de soins. En effet, les médecins indiquent que ces deux pratiques sont essentielles à l'établissement et au maintien d'une bonne relation médecin-patient. D'une part, la communication doit être réciproque, c'est-à-dire du médecin au patient et vice versa. D'autre part, l'écoute que doit offrir le soignant au patient doit principalement permettre au patient de se sentir entendu et respecté, mais également aider le médecin à en apprendre davantage sur le patient. Une autre pratique dans laquelle certains s'engagent est la « négociation » du traitement avec le patient

diabétique. Pour ces médecins, le patient représente un allier important, agissant comme un partenaire dans la gestion de sa maladie.

Finalement, les médecins traitants ont recours à différents professionnels de soins, soit le nutritionniste, le diabétologue et le pharmacien, ainsi qu'à différents établissements de santé, soit les cliniques d'enseignement sur le diabète, en soutien lors du suivi des patients diabétiques de type 2. Parallèlement, afin d'optimiser leur pratique et le suivi du patient diabétique, les médecins participants ont également recours à une variété d'outils, tels que les carnets d'autosurveillance glycémique, la documentation sur le DT2 et, pour certains, les guides de pratique clinique.

Cette étude comporte certaines limites et certains biais. Mais, notons que :

la reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. Une méthode étant précisément caractérisée par la maîtrise des distorsions auxquelles elle soumet les faits (Blanchet et Gotman, 1992, p.115).

Le premier d'entre eux est sans doute le nombre restreint de participants rencontrés. Certes, comme nous l'avons déjà mentionné, la taille de l'échantillon n'est pas un critère de validité en soi dans les études qualitatives, d'autant plus dans les études par entretien, car « une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires » (Blanchet et Gotman, 1992, p.125). Nous aurions souhaité un effectif d'une dizaine de participants, mais principalement pour des raisons de temps et de difficultés à entrer en contact avec des généralistes pratiquant en clinique privée, nous n'avons pas été en mesure de rencontrer plus de sept cliniciens. En effet, comme nous l'avons évoqué plus haut, peu de médecins parmi ceux sollicités ont répondu favorablement, malgré plusieurs relances. Toutefois, dans l'optique de l'intérêt et de la faisabilité de notre approche, ces sept entretiens nous ont donné des informations intéressantes.

Parallèlement, la population de notre échantillon est peu représentative des médecins généralistes pratiquant en clinique privée au Québec, car il est peu diversifié, ce qui, encore une fois, n'est pas une exigence requise dans les études qualitatives (Blanchet et Gotman, 1992). La totalité des généralistes rencontrés avait plus de 30 ans d'expérience dans le domaine médical, pratiquait en clinique privée dans la région de Montréal, était de sexe féminin et âgé entre 51 et 65 ans. Ceci s'explique principalement par le fait que notre méthode de recrutement s'est essentiellement appuyée sur la mobilisation de notre réseau de contacts, les autres modes de recrutement ayant peu porté fruit. Ceci dit, notre échantillon, quoique réduit et peu diversifié, possède l'avantage de recouvrir une assez grande diversité de situations à l'égard du soin du diabétique, quant à l'expérience professionnelle du soignant, et ce, en milieu de clinique privée.

On peut aussi penser que le discours des médecins participants est influencé par leur patientèle, qui est caractérisée par les répondants comme ayant un statut socioéconomique plutôt « élevé », et ce, principalement en raison du territoire dans lequel nous avons recruté les médecins. Il est possible que des généralistes exerçant en zone rurale ou en régions plus défavorisées aient donné des réponses différentes. En effet, les médecins rencontrés qui ont le plus insisté, sur l'influence des facteurs externes sur le DT2 et sur les caractéristiques de la population, sont ceux ayant déjà travaillé dans des régions défavorisées à Montréal.

Enfin, étant consciente que les participants avaient un temps limité à nous offrir, nous devons avouer que nous avons éprouvé quelques difficultés à relancer, autant que nous le souhaitions, les participants par peur d'allonger le temps de rencontre.

Malgré ces limites, notre recherche est intéressante à plusieurs égards. En effet, bien qu'il existe des études sur les représentations des patients diabétiques, très peu se sont penchées spécifiquement sur les représentations des médecins généralistes, œuvrant dans le régime de l'assurance maladie du Québec et pratiquant en clinique privée, de l'ACP en contexte du traitement des patients atteints du DT2. Notre étude permet donc non seulement de documenter les représentations des médecins généralistes à l'égard du DT2, des patients

atteints par cette maladie et de l'ACP, mais également leurs pratiques de soins auprès de leurs patients diabétiques. D'ailleurs, il est assez intéressant et étonnant de constater que nombre des pratiques rapportées par les participants, telles que fixer des objectifs de traitements réalistes, le recours à différents professionnels de la santé, viser une certaine prise de décision partagée entre le médecin et le patient, favoriser une communication réciproque et la participation du patient dans la relation de soins, miser sur l'éducation du patient au sujet de sa maladie et de ses traitements ainsi que sur l'auto prise en charge de sa maladie, concordent avec l'ACP et d'autres modèles de soins centrés sur le patient, et ce, sans toujours être conscients qu'il s'agit d'actions liées à des approches centrées sur le patient.

Plusieurs pistes de recherche pourraient toutefois être explorées. Il nous semble tout d'abord que de nouvelles recherches, impliquant un échantillon de médecins généralistes plus diversifié sur le plan sociodémographique en termes de sexe, d'âge et d'années de pratique, seraient intéressantes et nécessaires pour mieux comprendre les représentations et les pratiques de soins chez cette population de professionnels de la santé. Il serait également intéressant de faire varier le milieu organisationnel de soins (CLSC, CHSLD, polyclinique, etc.) et le lieu géographique de l'établissement de soins ainsi que le type de clientèle avec laquelle les médecins généralistes travaillent ou même en fonction des qualifications spécialisées reçues, en plus de la formation initiale en médecine, des livres et articles consultés, des contacts échangés avec l'entourage du patient à propos de la maladie ainsi que la fréquence d'implication dans les processus d'évaluation.

Les représentations liées à la maladie et aux traitements constituent des facteurs déterminants quant à la réussite ou l'échec d'un soin, notamment pour les malades souffrant d'une maladie chronique. S'intéresser à ces représentations et comprendre où résident les écarts entre patients et soignants est un pas nécessaire pour tenter d'améliorer les échanges entre les professionnels de la santé et les patients, et participer activement à la réussite des traitements (Jeoffrion, 2009). La construction d'une vision commune de la maladie aux patients et aux médecins constituerait un facteur de succès dans le traitement (Peebles et Moore cités dans Jeoffrion, 2009). Toutefois, ces écarts sont rarement appréciés, car la plupart des travaux

prennent pour objet l'un ou l'autre groupe de manière approfondie, mais rarement les deux. C'est donc une visée comparative qu'il serait intéressant de privilégier, et ce, afin d'améliorer les échanges et la communication. Les patients traités par les médecins généralistes pourraient être interrogés afin d'évaluer leurs perceptions des soins centrés sur le patient et fournir une rétroaction aux médecins généralistes. Ce type de recherches permettrait notamment d'améliorer la pratique de l'ACP en clinique. Cette approche a en effet un rôle à jouer «in delivering not only effective but also efficient healthcare services» (Stewart, Ryan et Bodea, 2011, p.27).

Il serait enfin important de considérer le contexte socio-économique du Québec, et plus précisément celui de la santé, notamment les politiques mises en place. À cet égard, la loi 20, qui est actuellement (en 2015) en discussion et qui vise à imposer des quotas de patients pour les médecins de première ligne, aura, sans conteste, des effets sur les relations entre les professionnels de santé et les patients si elle est adoptée (Daoust-Boisvert, 2014). De nombreux médecins craignent une « déshumanisation » de la médecine familiale au profit d'une logique de chaîne de production, privilégiant la quantité plutôt que la qualité des soins (Godin et Francoeur, 2015). Rendre la relation médecin-patient calculable irait à l'encontre des valeurs que prône l'ACP, soit des valeurs d'humanisme, de collaboration et de partenariat dans la relation de soins. Dans un tel contexte où la productivité semble prendre le pas sur la qualité des soins, les soignants auront plus de difficultés à mettre en place une approche de soins centrée sur le patient. Or, avec l'augmentation du nombre de patients diabétiques, l'importance d'une relation médecin-patient de qualité, incluant la pratique de l'ACP, n'est plus à démontrer pour assurer une prise en charge adéquate des patients et pour réduire, en bout de ligne, les coûts du système de santé québécois.

## APPENDICE A

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### - GUIDE D'ENTRETIEN -

#### 1) La maladie du DT2

**Objectif** : Recueillir les représentations du médecin généraliste à l'égard du DT2.

- Sans me définir qu'est-ce que le DT2, pouvez-vous me parler des impacts du DT2 sur la qualité de vie des patients atteints de cette maladie chronique?

*Sous-question :*

- Quels sont les qualificatifs pour décrire au mieux le DT2?
- Quels sont les enjeux entourant cette maladie chronique?

- Que pensez-vous de l'explosion du nombre de patients diabétiques de type 2 depuis les dernières années?

*Sous-question :*

- À votre avis, comment expliquer cette « épidémie »?

#### 2) La clientèle traitée

**Objectif** : Recueillir les représentations du médecin généraliste à l'égard de ses patients atteints d'un DT2.

- Comment décririez-vous vos patients diabétique de type 2?

*Sous-question :*

- Quelles sont ses caractéristiques? (Par exemple : âge, sexe, principales maladies, statut socioéconomique, principales préoccupations, comportements, habitudes de vie, etc.)

### 3) Les pratiques de soins et le rôle du médecin généraliste à l'égard du traitement du DT2

3.1 – **Objectif** : Comprendre les pratiques de traitements du médecin généraliste à l'égard de ses patients diabétiques de type 2.

*\* (Présenter la vignette clinique) \**

- Selon votre expérience, comment auriez-vous réagi à la place de la Dre Côté lorsqu'elle a appris que Monsieur Boyer n'avait pas respecté son traitement et ses recommandations, et qu'il s'est laissé aller dans la gestion de son DT2? Pourquoi?

*Sous-questions :*

- Quelles sont, selon votre expérience, les stratégies que pourrait employer Dre Côté, et qui selon vous fonctionnent, afin d'amener Monsieur Boyer à prendre en charge son DT2?
- Quels outils avez-vous déjà utilisés dans votre pratique du traitement du DT2? (Par exemple : feuillets, fiches-conseils, schémas, guides, etc.)
- Selon vous, Dre Côté devrait-elle avoir recours à d'autres professionnels de la santé ou à des associations particulières pour l'aider dans la gestion du DT2 chez ses patients? (Par exemple : infirmière, nutritionniste, associations de patients, etc.)

*Sous-questions :*

- Lesquels et pour quelles composantes de la prise en charge?
- Dre Côté devrait-elle suggérer à Monsieur Boyer de consulter d'autres professionnels de la santé ou des associations particulières pour l'aider dans la gestion de son DT2?
- Suite à ses recommandations de traitements, à quoi la Dre Côté devait-elle s'attendre de la part de Monsieur Boyer :
  - Dans les premiers mois (3) du diagnostic?  
Dans votre pratique, est-ce que vos patients diabétiques de type 2 atteignent vos attentes?

- Dans la première année?  
Dans votre pratique, est-ce que vos patients diabétiques de type 2 atteignent vos attentes?
  - Plus de cinq ans après son diagnostic?  
Dans votre pratique, est-ce que vos patients diabétiques de type 2 atteignent vos attentes?
- À votre avis et selon votre expérience, qu'est-ce qui pourrait pousser ou influencer Monsieur Boyer à être observant ou non?

*Sous-question :*

- Comment la Dre Côté pourrait-elle l'aider à ce niveau?

**3.2 – Objectif :** Recueillir la perception du rôle du médecin généraliste dans sa gestion du DT2.

- Comment évaluez-vous l'influence de la Dre Côté sur l'évolution du DT2 de son patient?
- À votre avis, quelle est la responsabilité de Monsieur Boyer dans la prise en charge de son DT2?

#### **4) Les guides de pratique clinique utilisées par le médecin généraliste dans le traitement du DT2 et ses représentations de ceux-ci**

**Objectif :** D'abord, recueillir les différents guides de pratique clinique utilisés dans le traitement du DT2. Puis, recueillir les représentations que le médecin généraliste a de ces derniers.

- Que pensez-vous des guides de pratique clinique ou des lignes directrices de pratique clinique?
- Lors d'un suivi d'un patient diabétique de type 2, vous référez-vous à des guides de pratique clinique? (Par exemple : Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, *Clinical Practice Recommendations* du *American Diabetes Association*, etc.)

*Sous-questions :*

- **Si oui**, lesquelles et pourquoi? Pouvez-vous me les montrer
  - o Dans quelles conditions les utilisez-vous?
  - o Que vous apportent ces outils de travail dans votre pratique avec vos patients diabétiques de type 2?
  - o Utilisez-vous d'autres outils pour compléter ces guides?

- **Sinon**, pourquoi ne les utilisez-vous pas?
  - o Vous référez-vous à d'autres outils pour orienter votre pratique clinique dans le traitement de patients diabétiques de type 2?

### **5) Les représentations du médecin généraliste à l'égard des pratiques de soins centrées sur le patient**

**Objectif :** D'abord, recueillir les représentations du médecin généraliste à l'égard des pratiques centrées sur le patient utilisées avec des patients atteints d'un DT2.

- Si vous deviez expliquer l'approche centrée sur le patient en matière de prise en charge du DT2 à un résident en médecine, que lui diriez-vous?



- Que pensez-vous d'une approche de soins qui se penche autant sur les besoins, les opinions, les conceptions, les idées et les sentiments que sur l'état biologique du patient?

*Sous-question :*

- Que pensez-vous d'une relation de soins où le patient participe à la prise en charge de sa maladie?

- Quels sont les effets d'un patient diabétique de type 2 plus informé dans la gestion du DT2? Et dans la relation médecin-patient?

- Avez-vous déjà reçu de l'information sur une approche de soins centrée sur le patient ou sur la communication dans la relation patient/médecin? Si oui, comment l'évaluez-vous?

- Si vous souhaitiez obtenir de l'information sur une approche centrée sur le patient, où pourriez-vous l'obtenir?

## APPENDICE B

### VIGNETTE CLINIQUE

#### **Mise en situation d'une consultation médicale (médecin généraliste – patient diabétique de type 2) :**

Monsieur Boyer a 55 ans, est récemment divorcé, vit seul à Montréal et fume un demi-paquet de cigarettes par jour. Il est président d'une compagnie de construction, que son père a fondée il y a plus de 60 ans. Il travaille très fort pour sa compagnie, plus de 65 heures par semaine, et aime se récompenser le soir par un bon repas au restaurant accompagné de quelques verres de vin.

Il y a un peu plus de deux ans, Monsieur Boyer a été diagnostiqué avec un diabète de type 2 (DT2). Son père et son oncle ont également été diagnostiqués d'un DT2 lorsqu'ils étaient dans la cinquantaine. Malheureusement, ils sont tous les deux décédés, avant d'avoir 70 ans, de complications liées à un DT2 non contrôlé. Depuis son diagnostic, son médecin généraliste, Dre Côté, qu'il fréquente depuis plus de cinq ans, lui a prescrit du *metformin*, en plus de le conseiller fortement de mieux manger, de faire de l'activité physique, de cesser de fumer, de diminuer sa consommation d'alcool et de vérifier son taux de glycémie pour contrôler son DT2.

Malgré les conseils de la Dre Côté et de la bonne volonté de Monsieur Boyer de prendre en charge son DT2, il éprouve de plus en plus de difficultés à changer ses habitudes de vie, principalement due à son travail très exigeant et stressant, son manque de temps ainsi que du

stress et des changements liés à son divorce. De plus, il ne prend pas toujours ses comprimés de *metformin*, car il n'en sent généralement pas le besoin (absence de symptômes).

Lors d'une consultation de routine, Dre Côté lui annonce que son taux de sucre est trop élevé (16,6 mmol/ L) et qu'il est en surpoids à 255 lb (115 kg). Elle l'informe également que sa tension artérielle (150/90 mmHg) et son taux de cholestérol LDL (4,14 mmol/ L) sont élevés.

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

**- LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DU PARTICIPANT -**  
**(POUR UTILISATION A DES FINS STATISTIQUES)**

1. Quel est votre âge? \_\_\_\_\_ ans

2. Quel est votre sexe?

Féminin

Masculin

3. Indiquez votre spécialisation :

- Spécialisation(s) en plus de la formation initiale en médecine :

Précisez : \_\_\_\_\_

- Autre(s) formation(s) :

Précisez : \_\_\_\_\_

4. Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine générale?

\_\_\_\_\_ ans

5. a) Dans quel(s) contexte(s) pratiquez-vous? Veuillez compléter le tableau, à la page suivante, caractérisant votre pratique de soins actuelle.

	<u>Type de pratique</u>		✓	<u>Nombre d'années dans ce lieu</u> <i>(approximativement)</i>		
				Lieu 1	Lieu 2	Lieu 3
<b><u>Médecin participant</u></b>  (à la RAMQ)	Clinique privée	Pratique solo <sup>11</sup>				
		Pratique de groupe <sup>12</sup>				
	Polyclinique <sup>13</sup>					
	GMF					
	CLSC					
	CHSLD					
	Hôpital					
<b><u>Médecin désengagé</u></b>  (pratique privée)	Clinique privée	Pratique solo <sup>14</sup>				
		Pratique de groupe <sup>15</sup>				
	Polyclinique <sup>16</sup>					
	Autre(s)					
	Précisez :					

<sup>11</sup> Vous êtes le seul médecin qui travaille à cette clinique.

<sup>12</sup> D'autres médecins travaillent à la même clinique.

<sup>13</sup> Clinique ou établissement de soins comportant des services spécialisés pour le diagnostic et le traitement d'affections diverses.

<sup>14</sup> Vous êtes le seul médecin qui travaille à cette clinique.

<sup>15</sup> D'autres médecins travaillent à la même clinique.

<sup>16</sup> Clinique ou établissement de soins privé comportant des services spécialisés pour le diagnostic et le traitement d'affections diverses.

5. b) Dans quel(s) contexte(s) avez-vous déjà pratiqué? Veuillez compléter le tableau ci-dessous caractérisant votre pratique de soins antérieure (si différente de votre pratique de soins courante).

	<u>Type de pratique</u>	✓	<u>Nombre d'années dans ce lieu</u> <i>(approximativement)</i>		
			Lieu 1	Lieu 2	Lieu 3
<u>Médecin participant</u>  (à la RAMQ)	Clinique privée	Pratique solo <sup>17</sup>			
		Pratique de groupe <sup>18</sup>			
	Polyclinique <sup>19</sup>				
	GMF				
	CLSC				
	CHSLD				
	Hôpital				
<u>Médecin désengagé</u>  (pratique privée)	Clinique privée	Pratique solo <sup>20</sup>			
		Pratique de groupe <sup>21</sup>			
	Polyclinique <sup>22</sup>				
	Autre(s)				
	Précisez :				

Nous vous remercions grandement de votre participation!

Alexandra Lalonde  
Responsable du projet de recherche

Christine Thoër  
Directrice du projet de recherche

<sup>17</sup> Vous êtes le seul médecin qui travaille à cette clinique.

<sup>18</sup> D'autres médecins travaillent à la même clinique.

<sup>19</sup> Clinique ou établissement de soins comportant des services spécialisés pour le diagnostic et le traitement d'affections diverses.

<sup>20</sup> Vous êtes le seul médecin qui travaille à cette clinique.

<sup>21</sup> D'autres médecins travaillent à la même clinique.

<sup>22</sup> Clinique ou établissement de soins privé comportant des services spécialisés pour le diagnostic et le traitement d'affections diverses.

APPENDICE D

CERTIFICAT D'ACCOMPLISSEMENT ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES  
ÊTRES HUMAINS



## APPENDICE E

### CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

#### **- FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT -**

##### **IDENTIFICATION :**

*Directrice du projet de recherche : Christine Thoër*

*Poste : Professeure au département de communication sociale et publique à l'Université du Québec à Montréal (UQAM)*

*Adresse courriel : -----*

*Téléphone : -----*

*Responsable du projet de recherche : Alexandra Lalonde*

*Programme d'étude : Maîtrise en communication – Profil recherche à l'UQAM*

*Adresse courriel : -----*

*Téléphone : -----*

##### **BUT GÉNÉRAL DU PROJET :**

Vous êtes sollicité(e) à prendre part à ce projet de recherche qui vise à cerner les représentations et les pratiques de soins des médecins généralistes, œuvrant dans le régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et plus précisément en clinique privée, à l'égard des patients atteints d'un diabète de type 2 (DT2), de la maladie elle-même ainsi que des pratiques de soins participatives destinées à ces patients.

Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en communication sous la direction de Christine Thoër, professeure du département de communication sociale et publique de la Faculté des communications de l'UQAM. Elle peut être jointe au XXX-XXX-XXXX (poste XXXX) ou par courriel à l'adresse suivante : -----.

### **PROCÉDURE ET TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT :**

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle sous forme d'une discussion libre au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire brièvement le contexte organisationnel de votre lieu de pratique, votre expérience de travail avec les patients diabétiques de type 2, vos représentations en ce qui concerne les pratiques de soins participatives, la maladie du DT2 et les patients atteints de cette maladie chronique. Nous insistons sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes réponses et que ce qui nous intéresse dans le cadre de cette recherche est de cerner votre point de vue sur ces questions.

Cette entrevue sera enregistrée numériquement avec votre permission et sera d'une durée d'environ 45 minutes. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec l'intervieweuse, qui est la responsable du projet. Parallèlement, l'intervieweuse s'engage à se déplacer dans Montréal et ses alentours afin d'accommoder le participant.

### **PARTICIPATION :**

Votre participation à ce projet est **volontaire**. Autrement dit, vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous pouvez, à tout moment, sans avoir à fournir de raison ni à subir de conséquences, décider de ne pas répondre à une question ou arrêter le déroulement de la discussion et quitter les lieux. Vous pouvez également décider de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements et documents vous concernant seront détruits.

De plus, votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche, mémoire de maîtrise, les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement, à moins d'un consentement explicite de votre part.

### **AVANTAGES ET RISQUES :**

Votre participation à la recherche sera une occasion de réfléchir à vos représentations, pratiques, besoins et attentes à l'égard de vos patients diabétiques de type 2 ainsi qu'à la relation que vous entretenez avec ces derniers. Ce moment de réflexion sur vos pratiques pourra être jugé bénéfique. Il pourrait entre autres vous amener à modifier vos interventions ou vos approches auprès de vos patients diabétiques de type 2 actuels et futurs. Puis, au terme de cette recherche, les résultats pourraient vous permettre de situer vos pratiques et représentations par rapport à celles d'autres soignants. Aussi, votre participation en elle-même pourrait entraîner une certaine satisfaction d'avoir permis à la recherche en communication de la santé d'avancer.

Par ailleurs, votre participation à cet entretien et à cette recherche ne devrait entraîner pour vous aucun inconvénient important, si ce n'est le temps de participation.

Vous devez également prendre conscience que certains extraits des échanges lors des entretiens pourraient être utilisés dans le mémoire final pour illustrer le propos, mais à condition qu'aucun élément confidentiel ne figure et qu'il soit impossible de vous identifier. Enfin, vous demeurez libre de ne pas répondre à une question sans avoir à vous justifier. Vous pouvez également demander à la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à son entrevue à n'importe quel moment. Vous pouvez également vous retirer de la recherche après l'entrevue, sans avoir à vous justifier, et ce jusqu'à la publication des résultats.

#### **ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ :**

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seules la responsable du projet, Alexandra Lalonde, et la directrice de recherche, Christine Thoër, auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Un pseudonyme sera attribué à chacun(e) des participant(e)s dans l'analyse des données. Comme mentionné, certains extraits des retranscriptions d'entrevues pourront être présentés dans l'analyse du projet de recherche, mais à la condition que les éléments de nature confidentielle ne soient pas divulgués et qu'il ne soit pas possible de vous identifier. Dans le cas où le projet serait publié, les mêmes consignes s'appliqueront.

Le matériel de recherche informatique sera conservé pour la durée entière du projet sur un disque dur externe. Celui-ci, ainsi que tous les documents papier seront gardés dans une armoire fermée du bureau de la directrice de recherche à laquelle seules cette dernière et la responsable du projet pourront y accéder. À la fin de la recherche, et une fois le dépôt final du mémoire, tous les documents se rapportant à la recherche seront supprimés et détruits.

#### **COMPENSATION FINANCIÈRE :**

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de la recherche sera publié sur le site internet de ComSanté (<http://www.grms.uqam.ca/>).

#### **DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS :**

Pour toute préoccupation et question additionnelle sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant(e) de recherche, ou pour vous retirer du projet, n'hésitez pas à communiquer avec l'une ou l'autre des responsables du projet.

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CÉRPÉ) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidente du CÉRPÉ, Emmanuelle Bernheim, au XXX-XXX-XXXX (poste XXXX) ou par courriel à -----.

**REMERCIEMENTS :**

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

**SIGNATURES :**

Je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je certifie être majeur(e). Je reconnais aussi que la responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

**Signature du participant :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Nom (lettres moulées) et coordonnées :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je, soussignée certifie

- avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

**Signature du chercheur responsable du projet :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**Nom (lettres moulées) et coordonnées :**

---

---

---

---

**\* Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche, et remettre le second à l'étudiante responsable du projet.**

## APPENDICE F

### EXEMPLE DE BOÎTE DE « CONSEILS PRATIQUES » POUR LE PATIENT DIABÉTIQUE

*Voir page suivante !*

	Outils et interventions du prestataire de soins de santé	Rôles du patient
 <p data-bbox="363 712 512 810">Évaluer et soutenir l'autogestion à long terme</p> <p data-bbox="347 840 528 932">Mettre en œuvre un plan réaliste de développement des compétences</p> <p data-bbox="339 961 536 1032">Collaborer pour établir les décisions et les objectifs</p> <p data-bbox="331 1064 544 1155">Envisager les options d'autoadministration des soins de manière éclairée</p> <p data-bbox="323 1185 552 1255">Détecter et évaluer les besoins individuels d'autogestion</p>	<p data-bbox="611 368 1070 438">Séances de rappel avec stratégies comportementales variables et soutien continu et les éléments suivants :</p> <ul data-bbox="611 453 959 523" style="list-style-type: none"> <li>• Calendrier de suivi</li> <li>• Stratégies basées sur la technologie</li> <li>• Systèmes de rappel</li> </ul> <p data-bbox="611 538 1062 629">Plan d'action <b>réaliste</b> pour un ou plusieurs changements d'autoadministration en même temps. Inclure des stratégies de franchissement des obstacles.</p> <p data-bbox="611 644 1082 757">Exercices de résolution de problèmes ou applications pour les décisions d'autoadministration quotidiennes en matière de surveillance, de choix alimentaires sains, de médicaments et d'exercice convenant au traitement.</p> <p data-bbox="611 772 1082 863">Matériel et contenus adaptés à un faible degré de scolarisation et à des capacités de calcul restreintes. Le contact personnalisé en chair et en os peut produire de meilleurs résultats.</p> <p data-bbox="611 878 1078 970">Matériel adapté au contexte culturel. Les pairs ou les agents de santé communautaire peuvent contribuer au succès dans les populations ethniques.</p> <p data-bbox="611 985 1075 1076">Les séances de groupe ou individuelles, ou les deux, sont appropriées pour le diabète de type 2. Les séances individuelles seraient meilleures pour assurer l'éducation sur l'insuline.</p> <p data-bbox="611 1091 1082 1119">Relation basée sur la confiance et la collaboration.</p> <p data-bbox="611 1134 1058 1225">Compétences en communication, y compris en entrevue de motivation, pour informer des risques et des options et déterminer les problèmes ou les blocages.</p> <p data-bbox="611 1240 1062 1310">Interventions cognitivo-comportementales qui explorent les pensées et les sentiments influant sur les comportements d'autoadministration.</p> <p data-bbox="611 1325 1070 1395">Des outils d'évaluation (p. ex., le PAID ou l'inventaire des soins auto-administrés) peuvent être utilisés.</p> <p data-bbox="611 1410 1070 1502">Matériel et communications adaptés à un faible degré de scolarisation, à une faible capacité de calcul et au contexte culturel. Contact personnel avec le prestataire.</p>	<p data-bbox="1121 368 1417 417">Participer à la surveillance des paramètres de santé.</p> <p data-bbox="1121 431 1414 502">Participer activement au suivi planifié ou permis par la technologie.</p> <p data-bbox="1121 538 1430 629">Collaborer aux objectifs et aux décisions pour un plan d'action <b>réaliste</b>. Établir l'ordre de priorité des objectifs.</p> <p data-bbox="1121 644 1410 715">Clarifier les obstacles avec les prestataires; envisager des options pour les surmonter.</p> <p data-bbox="1121 729 1410 800">Informar le prestataire des besoins et des préférences en matière d'apprentissage.</p> <p data-bbox="1121 1091 1433 1183">Déterminer et formuler l'importance des besoins ou des problèmes d'autogestion personnels.</p> <p data-bbox="1121 1198 1417 1289">Être ouvert à l'exploration des pensées et des sentiments qui sous-tendent les décisions d'autoadministration.</p> <p data-bbox="1121 1304 1426 1395">Envisager toutes les options d'action en fonction des avantages et des inconvénients individuels.</p>
<b>SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT</b>		

(Berard *et al.* , 2013, p.S391)

## APPENDICE G

### OUTIL DE SOUTIEN AUX PATIENTS « LE DIABÈTE ET LE SOIN DES PIEDS : AIDE-MÉMOIRE DU PATIENT »

#### **Le diabète et le soin des pieds : aide-mémoire du patient :**

« Plusieurs personnes diabétiques ont des problèmes avec leurs pieds. Vous pouvez prévenir des problèmes graves en suivant ces directives fondamentales. Demandez à votre médecin de vous expliquer quels sont les facteurs de risque des problèmes relatifs aux pieds » (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013, p.S596).

*Voir page suivante!*

**VOUS DEVEZ...**

- vous examiner les pieds tous les jours pour déceler toute coupure, fissure, meurtrissure, ampoule, lésion, infection ou marque inhabituelle.
- vous servir au besoin d'un miroir pour voir le dessous de vos pieds.
- examiner la couleur de vos jambes et de vos pieds. En présence d'enflure, de rougeurs ou de douleurs, ou si vos jambes ou vos pieds sont chauds, consultez immédiatement votre médecin ou un spécialiste des pieds.
- nettoyer les coupures ou égratignures à l'eau et au savon doux et recouvrir les lésions avec un pansement sec pour la peau sensible.
- vous couper les ongles droits.
- vous laver et vous essuyer les pieds tous les jours, surtout entre les orteils.
- appliquer chaque jour une bonne lotion pour la peau sur vos talons et le dessous des pieds et essuyer l'excès de lotion.
- vous changer de bas tous les jours.
- toujours porter de bonnes chaussures de soutien.
- toujours porter des chaussures ajustées par un professionnel dans un magasin digne de confiance. Des orthèses ajustées par un professionnel peuvent être utiles.
- porter des chaussures à talon bas (moins de 5 cm de haut).
- acheter vos chaussures en fin d'après-midi (vous aurez les pieds légèrement enflés à ce moment).
- éviter d'exposer vos pieds aux grands froids et aux grandes chaleurs, y compris au soleil.
- faire régulièrement de l'exercice.
- consulter un spécialiste des pieds si vous avez besoin de conseils ou d'un traitement.

**VOUS NE DEVEZ PAS...**

- couper vous-même vos cors et callosités.
- traiter vous-même un ongle incarné ou retirer des échardes avec un rasoir ou des ciseaux. Consultez votre médecin ou un spécialiste des pieds.
- vous servir de médicaments en vente libre pour traiter des cors et des verrues. Ces médicaments sont dangereux pour les personnes diabétiques.
- appliquer de la chaleur sur vos pieds en vous servant d'un sac d'eau chaude ou d'une couverture chauffante. Vous pourriez vous brûler sans vous en rendre compte.
- vous faire tremper les pieds.
- prendre des bains très chauds.
- vous mettre de la lotion entre les orteils.
- marcher pieds nus, à l'intérieur ou à l'extérieur.
- porter des bas serrés, des jarretelles ou des mi-bas.
- porter des fausses semelles en vente libre, car elles peuvent causer des ampoules si elles ne sont pas adaptées à vos pieds.
- demeurer assis pendant de longues périodes.
- fumer.

(Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'ACD, 2013, p.S596)

## BIBLIOGRAPHIE

- Abric, Jean-Claude (dir. publ.). 2007. *Méthodes d'études des représentations sociales*. Toulouse : Eres, 295 p.
- Agence de la santé publique du Canada. 2011 (21 octobre). « Qu'est-ce qui détermine la santé? ». In *Agence de la santé publique du Canada*. En ligne. <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#What>>. Consulté le 3 avril 2014.
- Agence de la santé publique du Canada. 2012 (6 mars). « Types de diabète : Diabète de type 2 ». In *Agence de la santé publique du Canada*. En ligne. <<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/type2-fra.php>>. Consulté le 4 février 2013.
- Albano, M.G., C. Crozet, J-F. d'Ivernois. 2008. « Analysis of the 2004-2007 literature on therapeutic patient education in diabetes: results and trends ». *Acta Diabetologica*. En ligne. Vol. 45, no 4 (décembre), p. 211-219. In *PubMed*. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18633570>>. Consulté le 9 février 2013.
- Albano, M.G., J-F. d'Ivernois et G. Haaran. 2001. « Quand les médecins se font pédagogues ». *La médecine à l'école : CRAP Cahiers pédagogiques*, no 399, p.399-402.
- Ambroselli, Nicolas. 2005. « Diversité culturelle des représentations du diabète : enquête en Bretagne auprès de patients maghrébins et de leurs médecins ». Thèse d'exercice en médecine en ligne. Rouen, Université de Rouen, 58 p. In *Sudoc*. <<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=087674653>>. Consulté le 10 septembre 2014.
- Angers, Maurice. 1996. « La collecte de données ». Chap. in *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, 2<sup>e</sup> éd. p. 371-375. Anjou (Qué.) : CEC.
- Assal, Jean-Philippe. 2004. « La maladie chronique : une autre gestion, une autre prise en charge » In *La relation médecin-malade*, sous la dir. d'André Grimaldi et Julie Cosserat, p. 83-126. Paris : Elsevier SAS.
- Assal, Jean-Philippe et Alain Golay. 2001. « Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique ». *Revue médicale Suisse*. En ligne. no 647 (27 juin). In *PubMed*. <<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21504>>. Consulté le 4 mai 2013.

- Association Canadienne du Diabète. 2008. « Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada ». *Canadian Journal of Diabetes*. En ligne. Vol. 32 (septembre), sup 1, 225 p. <[http://www.diabetes.ca/documents/about-diabetes/CPG\\_FR.pdf](http://www.diabetes.ca/documents/about-diabetes/CPG_FR.pdf)>. Consulté le 4 février 2013.
- Association Canadienne du Diabète et Diabète Québec. 2011. *Diabète : Le Canada à l'heure de la remise en question : Tracer une nouvelle voie*. En ligne. 62 p. <[http://www.diabetes.ca/documents/get-involved/WEB\\_FR\\_CDA\\_Report.pdf](http://www.diabetes.ca/documents/get-involved/WEB_FR_CDA_Report.pdf)>. Consulté le 4 février 2013.
- Aubert, Cécile. 2011 (19 décembre). « Maladies chroniques et explications socioculturelles ». In *Planète Santé : Portail médical romand*. En ligne. <<http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Maladies-chroniques-et-explications-socioculturelles>>. Consulté le 4 septembre 2013.
- Bachimont, Janine, Joël Cogneau et Alain Letourmy. 2006. « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? : L'exemple du diabète de type 2 ». *Sciences Sociales et Santé*. En ligne. Vol. 24, no 2 (juin), p. 75-103. In *Pensée : Revues scientifiques*. <[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan\\_0294-0337\\_2006\\_num\\_24\\_2\\_1681](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2006_num_24_2_1681)>. Consulté le 4 mars 2013.
- Bardin, Laurence. 1991. *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaire de France, 296 p.
- Barrier, Phillippe. 2009. « Éducation thérapeutique, un enjeu philosophique pour le patient et son médecin ». *Tribunes*. En ligne. no 66 (mars), p. 57-58. In *Érudit*. <<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad665758.pdf>>. Consulté le 11 août 2013.
- Baudrant-Boga, Magalie. 2009. « Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2 ». Thèse de doctorat, Grenoble, Université Joseph Fournier – Grenoble 1, 205 p.
- Baudrant, M., B. Allenet, C. Le Tallec, M. Grangeat, J. Calop et G. Figari. 2004. « Analyse des représentations du diabète et de son traitement chez des enfants âgés de 7 à 11 ans : prolegomène en lien avec la formation ». En ligne. no 7237, p.1-4 <<http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7237.pdf>>. Consultée le 18 août 2014.

- Beaglehole, Robert et Pierre Lefèbvre. 2005. *Agissons contre le diabète : Initiative de l'Organisation mondiale de la santé et de la Fédération internationale du Diabète*. En ligne. 19 p. <<http://www.who.int/diabetes/en/diabetesactionnow%20FRANCAIS.pdf>>. Consulté le 4 février 2013.
- Beaulieu, Marie-Dominique et al. 2012. *Facteurs organisationnels qui soutiennent des pratiques cliniques de qualité en première ligne : Résultats d'une étude québécoise*. En ligne. 35 p. <[http://www.medfam.umontreal.ca/doc/chaire\\_sadok\\_besrou/Rapport\\_facteurs\\_org\\_qualite\\_SPL\\_2012.pdf](http://www.medfam.umontreal.ca/doc/chaire_sadok_besrou/Rapport_facteurs_org_qualite_SPL_2012.pdf)>. Consulté le 11 août 2013.
- Beaulieu, Marie-Dominique. 2013. « Vers un système de santé axé sur le patient ». *Canadian Family Physician (CFP): The official journal of The College of family physicians of Canada*. En ligne. Vol. 59, no 1 (janvier). p. 110. In *PubMed*. <<http://www.cfp.ca.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/59/1/110.full#ref-5>>. Consulté le 18 octobre 2014.
- Berard, Lori D., Ian Blumer, Robyn Houlden, David Miller et Vincent Woo. 2013. « Surveillance du contrôle de la glycémie ». *Canadian Journal of Diabetes*. En ligne. Vol. 37, sup 5 (octobre), p. S361-S364. <[http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG\\_resources/cpg\\_2013\\_full\\_fr.pdf](http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf)>. Consulté le 8 octobre 2014.
- Blanchet, Alain et Anne Gotman. 1992. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris (France) : Nathan, 126 p.
- Borgès Da Silva, Roxane. 2010. « La pratique médicale des omnipraticiens : influence des contextes organisationnel et géographique ». Thèse de doctorat en ligne. Montréal, Université de Montréal, 208 p. <[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva\\_Roxane\\_2010\\_these.pdf?sequence=2](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3924/Borges-Da-Silva_Roxane_2010_these.pdf?sequence=2)>. Consulté le 9 juillet 2013.
- Bourdon, Bruno. 2012. « Un patient, son diabète, ses représentations : Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement? ». Mémoire soins infirmiers en ligne. Lille, Université Lille II, 50 p. <<http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-bruno-bourdon.pdf>>. Consulté le 6 juin 2013.
- Bras, Pierre-Louis, Gilles Duhamel et Étienne Grass. 2006 (septembre). *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : Les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*. En ligne. 106 p. <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000763/0000.pdf>>. Consulté le 4 février 2013.

- Charon, Rita. 2001. « Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust ». *The Journal of the American Medical Association*. En ligne. Vol. 286, no 15 (octobre), p. 1897-1902. In *PubMed*.  
<<http://jama.jamanetwork.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/article.aspx?articleid=194300>>. Consulté le 15 juillet 2015.
- Cheng, Alice Y. Y. 2013. « Introduction ». *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, sup 5 (octobre), p. S361-S364.
- Clar, Monique. 2014 (27 novembre). « Guides de pratique clinique ». In *Université de Montréal : Les bibliothèques UdeM*. En ligne.  
<<http://www.bib.umontreal.ca/sa/caps32.htm>>. Consulté le 21 avril 2014.
- Cody, William K. 2003. « Paternalism in Nursing and Healthcare: Central Issues and Their Relation to Theory ». *SAGE Journals*. En ligne. Vol. 16, no 4 (octobre), p.288-296. In *Nursing Science Quarterly*.  
<<http://nsq.sagepub.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/16/4/288.abstract>>. Consulté le 27 mai 2013.
- Collège des Médecins du Québec. 2012. « La relation médecin-patient ». In *Collège des Médecins du Québec – Médecins membres : Atelier(s) Disponible(s)*. En ligne. <<http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Ateliers/RelationMDpatient6h.aspx>>. Consulté le 3 mars 2013.
- Collignon, Jean-Luc, Jacqueline Delville et Michel Mercier. 1998. « Relation soignant-soigné ». *Bulletin d'Éducation du Patient*. En ligne. Vol. 17, no 2 (juin), p. 42-64. <[http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/EPES/BEP\\_1998\\_2.pdf](http://www.educationdupatient.be/cep/pdf/EPES/BEP_1998_2.pdf)>. Consulté le 27 mai 2013.
- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. 2013. « Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada ». *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, sup 5, p. S361-S598.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. 2013 (29 mai). « Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et le patient ». In *Université de Montréal – RUIS*. En ligne.  
<[http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf)>. Consulté le 18 novembre 2014.
- Consoli, Silla M. 2004. « Relation médecin-malade ». In *La relation médecin-malade*, sous la dir. d'André Grimaldi et Julie Cosserrat, p.15-35. Paris : Elsevier SAS.

- Côté, Luc et Éveline Hudon. 2005. « L'approche centrée sur le patient : diverses manières d'offrir des soins de qualité ». In *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, p.145-162. Saint-Laurent (Qué.) : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Crahay, Marcel, Philippe Wanlin, Élisabeth Issaieva et Isabelle Laduron. 2010. « Fonctions, structuration et évolution des croyances (et connaissances) des enseignants ». *Revue française de pédagogie : Recherches en éducation*. En ligne. no 172, juillet-septembre, p. 85-129. In *Érudit*. <<http://rfp.revues.org/2296?lang=en>>. Consulté le 3 décembre 2014.
- Danion, Pierre-Éric. 2007. « L'approche centrée sur le patient : intérêt et faisabilité dans la prise en charge du diabète de type 2 en médecine ambulatoire ». Thèse de doctorat en ligne. Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, 225 p. <[http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These\\_DANION\\_2007\\_1217319640195.pdf](http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_DANION_2007_1217319640195.pdf)>. Consulté le 4 février 2013.
- Daoust-Boisvert, Amélie. 2014. « L'alarme Barrette, en guise de protestation ». *Le Devoir*. En ligne. 5 décembre. <<http://www.ledevoir.com/societe/sante/425898/l-alar-me-barrette-en-guise-de-protestation>>. Consulté le 3 décembre 2014.
- Deslauriers, Jean-Pierre (dir.publ.). 1985. *La recherche qualitative : résurgence et convergences*. Chicoutimi (Qué.) : Université du Québec à Chicoutimi, 169p.
- Desplats, Marika. 2007. « Représentation du diabète dans une population immigrée originaire du Maghreb : étude qualitative à partir de 21 entretiens semi-directifs ». Thèse médicale en ligne. Strasbourg, Université Louis Pasteur, 190 p. <[http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/van-der-meersch\\_these.pdf](http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/van-der-meersch_these.pdf)>. Consulté le 4 février 2013.
- Diabète Québec. 2009a (mai). « Qu'est-ce que le diabète? » In *Diabète Québec*. En ligne. <[http://www.diabete.qc.ca/html/le\\_diabete/questcequedia.html](http://www.diabete.qc.ca/html/le_diabete/questcequedia.html)>. Consulté le 4 février 2013.
- Diabète Québec, 2009b (mai). « DICE : le contrôle du diabète de type 2 : Étude canadienne, octobre 2005 ». In *Diabète Québec*. En ligne. 3 p. <<http://www.diabete.qc.ca/html/recherche/dice.html>>. Consulté le 4 février 2013.
- Diabète Québec. 2010. « L'Insuline ». In *Diabète Québec : Insulines*. En ligne. <[http://www.diabete.qc.ca/html/vivre\\_avec\\_diabete/insuline.html](http://www.diabete.qc.ca/html/vivre_avec_diabete/insuline.html)>. Consulté le 4 février 2013.
- Dupuis, L. Lee. 2008. « La transmission des connaissances : adoption et adaptation des guides de pratique clinique ». *CJHP*. En ligne. Vol. 61, no 3 (mai-juin), p. 181-182. In *Érudit*. <<file:///C:/Users/Notebook/Downloads/131-518-1-PB.pdf>>. Consulté le 4 février 2015.

- du Puy-Montbrun, T. 2001. « Paternalisme, autonomie et respect de la personne : un dilemme? ». *Le courrier de colo-proctologie (II)*. En ligne. no 1 (mars). In *Érudit*. <<http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/2001-1mars/scienceetconscience2.pdf>>. Consulté le 3 juin 2013.
- Epstein, Ronald M. et Richard L. Jr. Street. 2011. « The values and value of patient-centered care ». *Annals of family medicine*. En ligne. Vol. 9, no 2 (mars-avril), p.100-103. In *PubMed*. <<http://www.annfammed.org/content/9/2/100.full>>. Consulté le 22 septembre 2014.
- Eymar, Chantal. 2010. « Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique ». In *Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation*, sous la dir. de Jérôme Foucaud, Jacques A. Bury, Maryvette Balcou-Debussche et Chatel Eymar. En ligne. p. 39-53. Saint-Denis (France) : INPES. <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf> >. Consulté le 4 août 2013.
- Fédération Française des Diabétiques. 2015. « Traitements du diabète : Différents traitements médicaux existent contre le diabète ». In *Fédération Française des Diabétiques : Vous n'êtes pas seul face au diabète – Accompagner, informer, défendre*. <<http://www.afd.asso.fr/diabetique/traitement>>. Consulté le 4 février 2015.
- Fédération Internationale du Diabète. 2011. *Plan mondial contre le diabète 2011-2021*. En ligne. 27 p. <[http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP\\_FR.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP_FR.pdf)>. Consulté le 4 février 2013.
- Fédération International du Diabète. 2014. « Les déterminants sociaux du diabète et le défi de la prévention ». In *Fédération International du Diabète*. En ligne. <<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/fr/determinants-sociaux?language=fr>>. Consulté le 11 octobre 2014
- Forbes, Angus. 2013. « Un avant-goût de Melbourne : Dans l'esprit d'une approche centrée sur le patient ». *Diabetes voice*. En ligne. Vol. 58, no 1, p. 16-18. In *Cairn*. <[https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2013\\_3\\_Forbes\\_FR.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2013_3_Forbes_FR.pdf)>. Consulté le 5 novembre 2014.
- Fortin, Bruno et Serge Goulet. 2012. *Comment améliorer mon médecin? : le patient efficace*. Montréal (Qué.) : Fides, 250 p.
- Fournier, Cécile et Sandra Kerzanet. 2005. « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature ». *Santé Publique*. En ligne. Vol. 19, no 5, p.413-425. In *Cairn*. <<http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/article.php?REVUE=sante-publique&ANNEE=2007&NUMERO=5&PP=413>>. Consulté le 10 août 2013.

- Giroux, Lise. 2005. « Les modèles de relation médecin-patient ». In *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, p.113-144. Saint-Laurent (Qué.) : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Godin, Louis et Diane Francoeur. 2015. « La médecine n'a rien d'une chaîne de production : Les fédérations de médecins du Québec répliquent à l'éditorial de Carole Beaulieu sur la réforme Barrette ». *L'actualité*. En ligne. 23 janvier. <<http://www.lactualite.com/actualites/politique/la-medecine-na-rien-dune-chaine-de-production/>>. Consulté le 5 mai 2015.
- Golay, Alain, Grégoire Lagger et André Giordan. s.d. *Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique*. En ligne. 10 p. <<http://www.ldes.unige.ch/publi/rech/pdf/eduThera.pdf>>. Consulté le 4 février 2013.
- Gordon, Thomas et Sterling Edwards. 1997. *Médecins, devenez partenaires de vos patients : Techniques de communication efficaces pour les professionnels de la santé*. Montréal (Qué.) : Les Éditions Logiques, 318 p.
- Gouvernement du Québec. 2013. « Accès aux services généraux et spécialisés ». In *Québec : Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale*. En ligne. <<http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/organisation-des-services/fonctionnement-du-reseau/acces-aux-services-generaux-et-specialises/>>. Consulté le 1<sup>er</sup> mai 2013.
- Groulx, Stéphane et Philippe Chapuis. 2004. *Changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing : Au delà de la maladie et du patient, entrez en contact avec la personne et ses émotions pour vendre votre prescription et améliorer l'observance*. En ligne. 39 p. <<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/promotion-prevention/N3-PCP/ChangerComportementsSant%C3%A9M%C3%A9thodesMarketing.pdf>>. Consulté le 27 mai 2013.
- Harris, Stewart B., Moira Stewart, Judith Belle Brown, Stephen Wetmore, Catherine Faulds, Susan Webster-Bogaert et Sheila Porter. 2003. « Type 2 diabetes in family practice: Room for improvement ». *Canadian Family Physician (CFP): The official journal of The College of family physicians of Canada*. En ligne. Vol. 49 (juin), p.778-785. In *Cairn*. <<http://www.cfp.ca/content/49/6/778.full.pdf>>. Consulté le 4 février 2013.
- Herzlich, Claudine. 1969. *Santé et Maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris-La Haye : Mouton De Gruyter, 210 p.

- Hudon, Catherine, Martin Fortin, Jeannine Haggerty, Christine Loignon, Mireille Lambert et Marie-Eve Poitras. 2012. « Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine ». *Patient Education and Counseling*, no 88 (14 janvier), p.170-176.
- Institute for patient and family centered care. 2010 (29 décembre). « What is patient- and family-centered health care? ». In *Institute for patient and family centered care*. En ligne. <<http://www.ipfcc.org/faq.html>>. Consulté le 25 juin 2014
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 2012 (16 février). « Qu'est-ce qui détermine notre état de santé? ». In *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*. En ligne. <<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>>. Consulté le 11 octobre 2014
- Institut national de santé publique du Québec. 2001. *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*. Rédigé par Athanasios Tom Koutsavlis. En ligne. 51 p. <[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/047\\_Dissem\\_guides\\_fr.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/047_Dissem_guides_fr.pdf)>. Consulté le 11 février 2015.
- Jacques, Isabelle. 2000. « La communication relationnelle dans des dyades médecin-patient ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal, 146 p.
- Jeoffrion, Christine. 2009. « Santé et Représentations sociales : une étude "multi-objets" auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé ». *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. En ligne. Vol. 2, no 82, p. 73-115. In Cairn. <<http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm>>. Consulté le 27 mai 2013.
- Jodelet, Denise (dir. publ.). 1989. *Folies et représentations sociales*, 4<sup>e</sup> éd. Paris : Presses Universitaires de France, 398 p.
- Jodelet, Denise. 1999. *Les représentations sociales*, 6<sup>e</sup> éd. Paris : Presses Universitaires de France, 447 p.
- Jodelet, Denise. 2003. « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie ». In *Psychologie sociale*, sous la dir. de Serge Moscovici, p. 361-384. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jones, Helen, Lori D. Berard, Gail MacNeill, Dana Whitham et Catherine Yu. 2013. « Éducation sur l'autogestion ». *Canadian journal of diabetes*. En ligne. Vol. 37, sup 5 (octobre), p. S428-S436. <[http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG\\_resources/cpg\\_2013\\_full\\_fr.pdf](http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf)>. Consulté le 8 octobre 2014.

- Klein, Alexandre. 2008. « La santé comme norme de soin ». *Philosophia Scientiae : Studies in History of Sciences and Philosophy*. En ligne. Vol. 2, no 12, p. 213-227. In Cairn. <<http://philosophiascientiae.revues.org/127?lang=en>>. Consulté le 4 février 2013.
- Lacroix, Anne et Jean-Philippe Assal. 2003. *L'éducation thérapeutique des patients : Nouvelles approches de la maladie chronique*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Éditions Maloine, 240p.
- Lamouroux, A., A. Magnan et D. Vervloet. 2005. « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous? ». *Revue des maladies respiratoires : Organe officiel de la Société de Pneumologie de La Langue Française*. En ligne. Vol. 22, no 1 (février), p. 31-34. In Elsevier Masson. <<http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>>. Consulté le 4 mars 2015.
- Le Collège des médecins de famille du Canada. 2005. *Le rôle du médecin de famille en santé publique et capacité d'intervention en cas d'urgence : Document de réflexion*. En ligne. 20 p. <[http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Health\\_Professionals/Role\\_Fam\\_Doc\\_Dec05\\_fr.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Role_Fam_Doc_Dec05_fr.pdf)>. Consulté le 4 février 2013.
- Légaré, France. 2009. « Le partage des décisions en santé entre patients et médecins ». *Recherches sociographiques*. En ligne. Vol. 50, no 2, p. 283-299. In *Érudit*. <<http://www.erudit.org/revue/rs/2009/v50/n2/037958ar.pdf>>. Consulté le 4 février 2013.
- Lehoux, Pascale M. 2004. « La modification des habitudes de vie chez les patients coronariens ». *Psychologie Québec*. En ligne. (septembre), p. 39-42. In *PubMed*. <[https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Publ\\_PsyQc\\_Dossier\\_Coronarien\\_Sept04.pdf](https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Publ_PsyQc_Dossier_Coronarien_Sept04.pdf)>. Consulté le 3 novembre 2014.
- Lemozy-Cadroy, Sylvie. 2008. *XXIII - L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques exemple du diabète*. En ligne. 11 p. <[http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/Chap23\\_EDUC\\_THERAP\\_PLACE%20DS\\_MLDIES\\_CHRONIQ.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/Chap23_EDUC_THERAP_PLACE%20DS_MLDIES_CHRONIQ.pdf)>. Consulté le 3 mars 2013.
- Levasseur, Gwenola. 2004. « À propos de la "maladie-du-malade" diabétique de type 2 ». *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, vol. 2, no 3, p. 66-72.
- L'heureux, Florent, Gregory Lo Monaco et Christian Guimelli. 2011. « Entre Représentations Sociales et Intentions de Pratiques : l'Implication ». *Interamerican Journal of Psychology*. En ligne. Vol. 45, no 1, p. 59-74. In *PubMed*. <<http://journals.fcla.edu/ijp/article/view/76799/74371>>. Consulté le 13 avril 2013.
- Llorca, Guy. 1994. *Communication médicale*. Paris : Édition Marketing, 159 p.

- Llorca, Guy. 2006. « L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale ». *Médecine*. En ligne. Vol. 2, no 7 (septembre), p. 330-333. In *John Libbey Eurotext*. <<http://www.jle.com/e-docs/00/04/20/FF/article.phtml>>. Consulté le 3 juin 2013.
- Long, Hélène et Jennifer Ahlan. 2013. *Aperçu des Lignes directrices 2013 concernant le diabète au Canada*. En ligne. 87 p. <<http://www.csslaval.qc.ca/documents/pdf/Le%20CSSS%20de%20Laval/Colloque/Guidelines%20CDA%202013-Dr%20Ahlan%20et%20Long%20PETIT.pdf>>. Consulté le 14 août 2013.
- Lun, Aurélie et Damien Rouvière. 2012. « Le médecin généraliste face à l'observance d'un traitement chronique : le modèle des antiagrégants plaquettaires ». Thèse de doctorat en médecine en ligne. Grenoble, Université Joseph Fourier, 130 p. In *HAL*. <[http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/74/66/61/PDF/2012GRE15090\\_lun\\_aurelie\\_et\\_rouviere\\_damien\\_1\\_D\\_.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/74/66/61/PDF/2012GRE15090_lun_aurelie_et_rouviere_damien_1_D_.pdf)>. Consulté le 14 août 2013.
- Mantz, Jean-Marie et Francis Wattel. 2006. « Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné ». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. En ligne. Vol. 190, no 9 (20 juin), p. 1999-2011. In *Érudit*. <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18766837>>. Consulté le 9 août 2014.
- Maxted, John, Andrew Padmos et Todd Watkins. 2007. *Salon des médecins*. En ligne. (juin), 8 p. <[http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside\\_cma/MDLounge/mdlounge\\_f.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/MDLounge/mdlounge_f.pdf)>. Consulté le 10 mai 2013.
- Mayer, Robert et Francine Ouellet. 1991. *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 535 p.
- Mednet. 2007 (juin). « Retombées de l'insuline en inhalation sur la maîtrise de la glycémie ». In *Mednet : Réseau d'éducation médicale*. En ligne. <<http://www.mednet.ca/en/report/retombes-de-linsuline-en-inhalation-sur-la-matri.html>>. Consulté le 18 mai 2013.
- Mikkonen, Juha et Dennis Raphael. 2011. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. En ligne. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. 63 p. <[http://www.thecanadianfacts.org/Les\\_realites\\_canadiennes.pdf](http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf)>. Consulté le 4 septembre 2013.

- Mercier, M. (dir. publ.), G. Bazier, V. Collin, P. Defeyt, C. Merlin et S. Muselle. 1997. *Approche des représentations sociales relatives à l'emploi des personnes handicapées en Région wallonne : Rapport de la recherche effectuée à la demande du Ministre W.TAMINIAUX, Ministre de l'Action sociale, du Logement et de la Santé*. En ligne. 156 p. <<https://pure.fundp.ac.be/ws/files/969075/38617.pdf>>. Consulté le 18 mai 2013.
- Moscovici, Serge. 1981. « Social representations ». In *Social cognition : perspectives in everyday understanding*, sous la dir. de Joseph Forgas, p.181-224. Toronto : Published in cooperation with European association of experimental social psychology by Academic Press.
- Moscovici, Serge. 1988. « Notes towards a description of Social Representations ». *European Journal of Social Psychology*. En ligne. Vol.18, p.211-250. In *Érudit*. <[http://www.researchgate.net/publication/227778646\\_Notes\\_towards\\_a\\_description\\_of\\_Social\\_Representations](http://www.researchgate.net/publication/227778646_Notes_towards_a_description_of_Social_Representations)>. Consulté le 19 septembre 2013.
- Moulias, Sophie. 2012. « Éthique, personne de confiance et maladie d'Alzheimer ». Thèse de doctorat en ligne. Paris, Université Paris Descartes, 253 p. In *HAL*. <[http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/74/52/79/PDF/va\\_moulias\\_sophie.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/74/52/79/PDF/va_moulias_sophie.pdf)>. Consulté le 11 septembre 2013.
- Mucchielli, Alex (sous la dir). 1996. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris (France) : Armand Colin, 280 p.
- Nciri, Meryem. 2009. « La communication dans la relation médecin-malade ». *Espérance Médicale*. En ligne. T. 10, no 164 (décembre), p.582-585. In *PubMed*. <<http://pharmacies.ma/maill/communication-medecin-malade.pdf>>. Consulté le 11 octobre 2014.
- Nexus Santé et Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario. 2008. *Prêts pour l'action : Les déterminants sociaux de la santé*. En ligne. 56 p. <[http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/annual\\_reports/primer\\_toaction-frversion2.pdf](http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/annual_reports/primer_toaction-frversion2.pdf)>. Consulté le 4 septembre 2014.
- Ontario, qualité des services de santé. 2012. *Gestion des maladies chroniques*. En ligne. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 48 p. <<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/bp/bp-improve-pkg-bpcm-fr.pdf>>. Consulté le 4 février 2015.
- Ontario Medical Association. 2010. « Patient-centered care ». *Ontario medical review*. En ligne. (juin), p.34-49. <<https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare.2010.pdf>>. Consulté le 10 septembre 2014.
- Paillé, Pierre. 1994. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cahiers de recherche sociologique*, no 23, p. 147-181.

- Paillé, Pierre et Alex Mucchielli. 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin, 424 p.
- Paquot, N. 2010. « Effets néfastes du défaut d'observance hygiéno-diététique et médicamenteuse chez le patient diabétique ». *Revue médicale Liège*. En ligne. 65 :5-6, p. 326-331. In *Érudit*. <[http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/90451/1/20100506\\_17.pdf](http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/90451/1/20100506_17.pdf)>. Consulté le 3 mars 2013.
- Parlement Européen. 2012 (3 juillet). *Proposition de résolution : Résolution du Parlement européen sur la lutte contre l'épidémie de diabète dans l'Union européenne*. Rédigé par Sarah Ludford, Antonyi Parvanova, Frédérique Ries et Giommara Uggias. En ligne. France, 7 p. <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+P7-RC-2012-0145+0+DOC+XML+V0//FR>>. Consulté le 11 avril 2013.
- Pasquier, Estelle. 2004. « Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale : Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples ». Mémoire de médecine générale en ligne. Lyon, Faculté Lyon Nord, 23 p. <[http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire\\_E\\_PASQUIER.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf)>. Consulté le 3 mars 2013.
- Pellemans, Paul. 1999. *Recherche qualitative en marketing : Perspective psychologique*. Bruxelles (Belgique) : De Broeck Université, 465 p.
- Pemberton, Max. 2014. « As a doctor, I'd rather have HIV than diabetes ». *The Spectator*. En ligne. (19 avril). <<http://www.spectator.co.uk/features/9185591/why-id-rather-have-hiv-than-diabetes>>. Consulté le 21 avril 2014.
- Portal, Stéphanie, Zinna Bessa et Dominique de Penanster. 2009. « La place de l'éducation thérapeutique du patient dans les plans de santé publique : quelles avancées depuis 2000? ». *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*. En ligne. no 66 (mars). In *Érudit*. <<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad665253.pdf>>. Consulté le 3 mars 2013.
- PR Newswire. s.d. « Un sondage international révèle que les personnes diabétiques ne se préoccupent pas des complications à long terme de leur maladie ». In *PR Newswire : A UBM Company*. En ligne. <<http://www.prnewswire.co.uk/news-releases/un-sondage-international-revele-que-les-personnes-diabetiques-ne-se-preoccupent-pas-des-complications-a-long-terme-de-leur-maladie-155625805.html>>. Consulté le 10 mars 2013.

- Québec, agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 2010. *Recension des écrits et des meilleures pratiques pour une approche centrée sur le patient*. Anne Smith. En ligne. Longeuil. 17 p. <[http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/18/M%E9thodes+d%27enseignement\\_mp.pdf](http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/18/M%E9thodes+d%27enseignement_mp.pdf)>.
- Reach, Gérard. 2007. *Pourquoi se soigne-t-on : Enquête sur la rationalité morale de l'observance*. Paris : Le Bord de l'Eau, 304 p.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. 2014. « Médecin participant, non participant, désengagé ». In *Régie de l'assurance maladie : Sujets d'intérêt*. En ligne. <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/salle-presse/sujets-interet/Pages/medecin-participant-non-participant-desengage.aspx>>. Consulté le 3 avril 2014.
- Renaud, Lise et Carmen Rico de Sotelo. 2006. « Communication et Santé : des paradigmes concurrents ». *Santé Publique*, vol. 19, no 1, p.31-38
- Ressources humaines et Développement des compétences. 2013 (15 décembre). « Groupe de base : 3112 Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale ». In *Ressources humaines et Développement des compétences Canada*. En ligne. <<http://www30.rhdcc.gc.ca/CNP/Francais/CNP/2006/Profil.aspx?val=0&val1=3112>>. Consulté le 11 septembre 2014.
- Richard, Claude et Marie-Thérèse Lussier. 2005a. « Les manifestations et les composantes d'une relation ». Chap. in *La communication professionnelle en santé*, p.35-60. Saint-Laurent (Qué.) : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Richard, Claude et Marie-Thérèse Lussier. 2005b. « La communication professionnelle en santé ». *MedActuel FMC*. En ligne. août, p. 29-30. <[http://edumedic.info/Chroniques/MedActuel/medactuel\\_2005-08-10-b.pdf](http://edumedic.info/Chroniques/MedActuel/medactuel_2005-08-10-b.pdf)>. Consultée le 18 août 2014.
- Richard, Claude et Lussier Marie-Thérèse. 2008. « En l'absence de panacée universelle : Répertoire des relations médecin-patient ». *Canadian Family Physician (CFP): The official journal of The College of family physicians of Canada*. En ligne. Vol. 54, no 8 (août), p. 1096-1099. <<http://www.cfp.ca.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/54/8/1096.short>>. Consulté le 8 octobre 2014.
- Richard, Claude, Marie-Thérèse Lussier, Sophie Galarneau et Olivier Jamouille. 2010. « Compétence en communication professionnelle en santé ». *Pédagogie médicale*. En ligne. Vol. 11, no 4 (novembre), p.255-272. In *PubMed*. <<http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2010/05/pmed10006/pmed10006.html>>. Consulté le 22 septembre 2014.

- Saint-Pierre, Joannie, Hélène Lefebvre, Marie-Josée Levert et Manon Allard. 2011. « Proposition d'interventions éducatives intégrées pour la clientèle diabétique adulte ». *L'infirmière clinicienne*, vol. 8, no 1, p. 33-42.
- Sampieri-Teissier, Nathalie et Isabelle Sauviat. 2001. *Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient-usager-client*. En ligne. 19 p. <[http://www.unice.fr/recemap/contenurevue/Articles/Revue\\_Recemap5.SampieriSauviat.pdf](http://www.unice.fr/recemap/contenurevue/Articles/Revue_Recemap5.SampieriSauviat.pdf)>. Consulté le 3 août 2013.
- Savard, Isabelle, Stéphanie Gaucher, Jean Rodrigue, René Dubé et Paul Villeneuve. 2005. « Les médecins de famille de nouveau sous la loupe : sondage sur la transformation du réseau et les conditions d'exercice et de rémunération ». *Le Médecin du Québec*. En ligne. Vol. 40 (janvier), no 1, p.105-116. In *Érudit*. <<http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/105-116FASavard0105.pdf>>. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2013.
- Savoie-Zajc, Lorraine. 2009. « L'entrevue semi-dirigée ». In *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de Benoît Gauthier, p. 294-314, 5<sup>e</sup> éd. Québec (Qué.) : Presses de l'Université du Québec.
- Scott, Cathie et Laura Lagendyk. 2012. *Contextes et modèles des soins de santé primaires et leurs effets sur les relations interprofessionnelles*. En ligne. 6 p. <[http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/ScottLagendyk-April2012-F.sflb.ashx](http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/ScottLagendyk-April2012-F.sflb.ashx)>. Consulté le 3 août 2013.
- Silverman, Jonathan, Suzanne Kurtz et Juliet Draper. 2010. *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Oxon (UK): Éditions Medecine & Hygiene, 354 p.
- Stathers, Carole. 2004. « Lignes directrices de pratique clinique ». *Info Diabète Bulletin à l'intention des éducateurs en diabète de première ligne*. En ligne. Vol. 18 (été), 16 p. <<http://www.guidesurlediabete.com/downloads/fvol182004.pdf>>. Consulté le 4 février 2013.
- Stewart, Moira, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam et Thomas R. Freeman. 1995. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, 2<sup>e</sup> éd. London : Sage Publications, 360 p.
- Stewart, Moira, Bridget L. Ryan et Christina Bodea. 2011. « Patient-centred care associated with lower diagnostic costs? ». *Healthcare Policy*. En ligne. Vol. 6, no 4 (mai), p. 27-30. In *US National Library of Medicine: National Institutes of Health*. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107114/>>. Consulté le 21 avril 2014.

- Thiel, Marie-Jo (dir. publ.). 2003. *Où va la médecine? : Sens des représentations et pratiques médicales*. Paris : Presses universitaires de Strasbourg, 325 p.
- Thoër-Fabre, Christine. 2005. « Ménopause et hormonothérapie, expériences et représentations de femmes baby-boomers ». Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal, 374 p.
- Thoër, Christine. 2010. « Risque médicamenteux et renégociation de la confiance au sein de la relation médecin-patient : Perspectives de médecins français et québécois sur la publication de la Women's Health initiative ». *Sciences de la Société*, no 76, p. 147-166
- Thoër, Christine. 2013. « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient? ». *Revue internationale : Communication sociale et publique*. En ligne. no 10, p. 1-24. <[http://www.revuecsp.uqam.ca/numero/n10/pdf/RICSP\\_Thoer\\_2013.pdf](http://www.revuecsp.uqam.ca/numero/n10/pdf/RICSP_Thoer_2013.pdf)>. Consulté le 11 octobre 2014.
- Traynard, Pierre-Yves et Rémi Gagnayre. 2001. « Droits des malades, informations et responsabilité - L'éducation du patient atteint de maladie chronique : L'exemple du diabète ». *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*. En ligne. no 36 (septembre), p. 48-49. In *Érudit*. <<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad364849.pdf>>. Consulté le 3 juin 2013.
- Trottier, Louise-Hélène, Marc-André Fournier, Charles Patrick Diene et André-Pierre Contandriopoulos. 2003. *Les soins de santé primaires au Québec*. En ligne. 142 p. <<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R03-03.pdf>>. Consulté le 3 juin 2013.
- « Un tiers des patients contrôlent mal leur diabète, hypertension et hypercholestérolémie ». 2014. *Avantages*. 22 avril. En ligne. <<http://www.conseiller.ca/avantages/nouvelles/un-tiers-des-patients-controlent-mal-leur-diabete-hypertension-et-hypercholesterolemie-26105>>. Consulté le 8 octobre 2014.
- Vannotti, Marco. 2014. *La relation médecin-patient : Des conditions de base à la conduite d'entretien*. [didacticiel, cours en ligne]. Neuchâtel, Suisse : Centre de Recherches Familiales et Systémiques. En ligne. <[http://www.cerfasy.ch/cours\\_relation.php](http://www.cerfasy.ch/cours_relation.php)>. Consulté le 9 novembre 2014.

- Van Steenberghe, Étienne. 2011. « Les représentations sociales des liens entre la santé et l'environnement : Vers des pratiques éducatives appropriées en matière de santé environnementale auprès de populations défavorisées en milieu urbain ». Thèse de doctorat en ligne. Montréal, Université du Québec à Montréal en cotutelle avec Université catholique de Louvain, 519 p. <<http://www.archipel.uqam.ca/5150/1/D2379.pdf>>. Consulté le 14 septembre 2013.
- Williams, John R. 2009. *Manuel d'éthique mondial*, 2<sup>e</sup> éd. En ligne. 133 p. <[http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics\\_manual\\_fr.pdf](http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf)>. Consulté le 3 juin 2013.