

**Mémoire Du patient soigné au patient partenaire : influence de l'approche
partenariale sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse
dans le diabète de type 2- étude qualitative en consultation infirmière diabétologique**

Auteur : Brûls, Elisa

Promoteur(s) : 30805

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27078>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Du patient soigné au patient partenaire :
influence de l'approche partenariale sur l'autonomie et
l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse dans le
diabète de type 2 – étude qualitative en consultation
infirmière diabétologique

Mémoire présenté par **Elisa BRÜLS**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

Du patient soigné au patient partenaire :
influence de l'approche partenariale sur l'autonomie et
l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse dans le
diabète de type 2 – étude qualitative en consultation
infirmière diabétologique

Mémoire présenté par **Elisa BRÜLS**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

Promoteur : Sophie Darimont

Nombre de mots : 6900

Remerciements

À travers ces quelques lignes, je souhaite exprimer ma sincère gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire et à l'aboutissement de ces années de formation.

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Darimont, ma promotrice, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Je lui suis profondément reconnaissante pour sa disponibilité, ses précieux conseils, sa bienveillance et son soutien constant, qui m'ont permis de mener ce projet à son terme dans les meilleures conditions.

Je remercie également les infirmières et les patients qui ont accepté de participer à cette étude. Leur confiance, leur disponibilité et la richesse de leurs témoignages ont été essentielles à la réalisation de cette recherche.

Mes remerciements les plus chaleureux s'adressent à ma maman et à ma sœur. Leur soutien indéfectible m'a accompagnée tout au long de cette aventure. Elles ont su faire preuve d'une patience remarquable face aux moments de doute, aux périodes de stress et aux humeurs parfois mises à rude épreuve par la rédaction de ce mémoire. Par leurs encouragements constants, leur écoute attentive et leur confiance en mes capacités, elles m'ont donné la force de poursuivre lorsque le chemin semblait plus difficile.

J'ai également une pensée toute particulière pour mon papa. Bien qu'il ne soit plus parmi nous, il demeure une source d'inspiration quotidienne. Son parcours a éveillé mon intérêt pour le diabète et a largement influencé le choix de ce sujet de mémoire. Son souvenir et les valeurs qu'il m'a transmises m'ont accompagnée tout au long de ce travail.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue et encouragée au cours de cette aventure. Chacune, à sa manière, a contribué à la concrétisation de ce projet et mérite toute ma reconnaissance.

Table des matières

Préambule	
1. Introduction.....	1
1.1. Le diabète : un enjeu de santé publique	1
1.2. Cadre théorique : l'approche partenariale et la théorie intermédiaire de Sanford ..	2
1.3. Intérêt de la recherche.....	4
2. Matériel et méthodes	6
2.1. Type d'étude	6
2.2. Population étudiée.....	6
2.3. Méthode d'échantillonnage	7
2.4. Taille de l'échantillon	7
2.5. Organisation et planification du recueil des données.....	7
2.6. Paramètres étudiés et méthode d'analyse des données	8
2.7. Critères de qualité	8
2.8. Aspects éthiques	8
3. Résultats.....	10
3.1. Présentation de la population.....	10
3.2. Résultats de l'étude qualitative.....	12
3.2.1. Le cadre relationnel et organisationnel du partenariat	12
3.2.2. La personnalisation des soins : adaptation au contexte de vie	13
3.2.3. Une posture infirmière facilitatrice du partenariat	14
3.2.4. L'éducation thérapeutique : un processus interactif de co-construction	16
3.2.5. Influence perçue du partenariat sur l'autonomie et l'adhésion.....	17
4. Discussion et perspectives d'avenir	20
4.1. La relation thérapeutique comme base du partenariat	20

4.2.	La personnalisation de l'accompagnement comme condition d'une adhésion réaliste	21
4.3.	La posture infirmière comme soutien à l'autonomie	21
4.4.	L'éducation thérapeutique et la décision partagée comme mécanismes de co-construction	22
4.5.	Une autonomie soutenue et une adhésion variable	23
4.6.	Perspectives pour la pratique infirmière et la recherche	24
5.	Forces, biais et limites de l'étude	25
6.	Conclusion	26
7.	Références bibliographiques	27
8.	Annexes	
8.1.	Guide d'entretien infirmier	
8.2.	Guide d'entretien patient.....	
8.3.	Approbation du comité d'éthique.....	
8.4.	Représentation graphique des résultats obtenus	
8.5.	Engagement de non-plagiat	

Résumé

Introduction : Le diabète de type 2 constitue un enjeu majeur de santé publique dont la prise en soin repose largement sur l'implication du patient dans la gestion quotidienne de sa maladie. Malgré les recommandations existantes, l'adhésion aux mesures non médicamenteuses reste parfois difficile. Cette étude vise à analyser comment une approche partenariale en consultation diabétologique infirmière peut influencer l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative de type phénoménologique a été menée auprès de patients atteints de diabète de type 2 et d'infirmières exerçant en consultation diabétologique. Treize entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 11 patients et de 2 infirmières. Les données ont été analysées selon une approche thématique inductive, en s'appuyant sur le modèle de Montréal du partenariat patient et la théorie intermédiaire de Sanford, *Caring through Relation and Dialogue*.

Résultats : Cinq thématiques ont émergé : le cadre relationnel et organisationnel du partenariat, la personnalisation des soins, la posture infirmière, l'éducation thérapeutique comme processus de co-construction et l'influence perçue du partenariat sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique. L'accessibilité, la continuité du suivi, une relation de confiance et non jugeante, la personnalisation, la reconnaissance du savoir expérientiel et la co-construction sont associées à un sentiment de sécurité, à la motivation et à l'autonomie progressive. L'adhésion thérapeutique non médicamenteuse semble facilitée lorsque les recommandations sont comprises, discutées et adaptées au quotidien, mais reste variable et influencée par les contraintes personnelles, sociales, économiques et contextuelles.

Conclusion : L'approche partenariale en consultation diabétologique infirmière peut soutenir l'autonomie et favoriser l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse. Son influence semble s'exercer à travers des mécanismes relationnels, éducatifs et organisationnels favorisant la confiance, la personnalisation et la co-construction. Elle ne supprime pas les difficultés liées à la gestion quotidienne du diabète, mais permet de mieux les identifier et d'adapter l'accompagnement aux possibilités du patient.

Mots-clés : diabète de type 2 – approche partenariale – autonomie – adhésion thérapeutique non médicamenteuse – consultation infirmière

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes is a major public health issue, and its management largely relies on patients' active involvement in the daily management of their condition. Despite existing recommendations, adherence to non-pharmacological measures remains challenging for some patients. This study aimed to analyse how a partnership-based approach in nurse-led diabetes consultations may influence autonomy and non-pharmacological treatment adherence in patients with type 2 diabetes.

Materials and methods: This qualitative phenomenological study was conducted with patients with type 2 diabetes and nurses working in diabetes consultations. Thirteen semi-structured interviews were carried out with 11 patients and 2 nurses. The data were analysed using an inductive thematic approach, drawing on the Montreal Model of Patient Partnership and Sanford's middle-range theory, *Caring through Relation and Dialogue*.

Results: Five themes emerged: the relational and organisational framework of partnership, personalised care, the nursing approach, therapeutic education as a process of co-construction, and the perceived influence of partnership on autonomy and treatment adherence. Accessibility, continuity of care, a trusting and non-judgemental relationship, personalisation, recognition of patients' experiential knowledge, and co-construction are associated with a sense of safety, motivation, and progressive autonomy. Non-pharmacological treatment adherence appeared to be facilitated when recommendations were understood, discussed, and adapted to daily life, but remained variable and influenced by personal, social, economic, and contextual constraints.

Conclusion: A partnership-based approach in nurse-led diabetes consultations may support autonomy and promote non-pharmacological treatment adherence. Its influence appears to operate through relational, educational, and organisational mechanisms that foster trust, personalisation, and co-construction. Although it does not eliminate the difficulties associated with the daily management of diabetes, it may help to identify them more effectively and adapt support to patients' actual possibilities.

Keywords: type 2 diabetes – partnership-based approach – autonomy – non-pharmacological treatment adherence – nurse-led consultation

Préambule

Mon intérêt pour le diabète de type 2 (DT2) trouve son origine dans mon histoire personnelle. Depuis mon enfance, j'ai été sensibilisée à cette maladie à travers l'expérience de mon père, atteint d'un DT2 traité par insulinothérapie. J'ai ainsi pu observer les adaptations que cette pathologie impose au quotidien, tant sur le plan physique que psychologique, ainsi que l'importance du suivi dans la prise en soin d'une maladie chronique.

Au cours de ma formation en soins infirmiers, cet intérêt personnel s'est progressivement transformé en un intérêt professionnel et scientifique. Mes stages m'ont permis de rencontrer des patients vivant avec des maladies chroniques et d'observer les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour intégrer les recommandations de santé dans leur vie quotidienne. Ces expériences m'ont amenée à m'interroger sur la place accordée au patient dans les décisions concernant sa santé et sur les approches favorisant sa collaboration avec les professionnels.

Le choix de cette thématique s'inscrit également dans mon projet professionnel. En tant que future infirmière de pratique avancée, je souhaite orienter ma carrière vers la diabétologie et les soins primaires, notamment en maison médicale, où je serai amenée à accompagner des patients présentant diverses pathologies chroniques et nécessitant un suivi au long cours.

Ce mémoire s'inscrit ainsi pleinement dans le champ des Sciences Infirmières, en mobilisant l'accompagnement des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique, la promotion de l'autonomie et la qualité de la relation de soin.

1. Introduction

1.1. Le diabète : un enjeu de santé publique

Le DT2 constitue un enjeu majeur de santé publique en raison de sa progression constante à l'échelle mondiale (1). On estime qu'environ 589 millions d'adultes âgés de 20 à 79 ans vivent avec le diabète en 2024, soit 11,1 % de cette tranche d'âge. Les projections suggèrent qu'à l'horizon 2050, ce nombre pourrait atteindre environ 852,5 millions de personnes (2). Bien que cette évolution soit observée à l'échelle mondiale, elle est particulièrement marquée en Europe (1). La prévalence du diabète y est estimée à 9,8 % en 2024, soit 65,6 millions de personnes, et pourrait atteindre 11 % en 2050, représentant environ 72,4 millions de personnes (2). La Belgique s'inscrit dans cette dynamique, avec environ 8,2 % de la population ayant bénéficié d'un traitement pour le diabète en 2024, soit près de 950 000 personnes, dont environ 90 % présentent un DT2 (3).

Cette évolution est notamment liée au vieillissement de la population et à des facteurs de risque modifiables tels que le surpoids, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité (3). Au-delà de ses conséquences cliniques, le diabète représente un fardeau économique important pour les systèmes de santé (4).

La prise en soin du DT2 repose largement sur l'implication active du patient dans la gestion quotidienne de sa maladie. L'éducation thérapeutique et les interventions sur le mode de vie soutiennent l'autogestion et la prévention et peuvent améliorer les résultats de santé tout en réduisant les coûts liés aux complications (4). Pourtant, l'adhésion aux recommandations non médicamenteuses, notamment alimentaires et liées à l'activité physique, reste insuffisante et est influencée par des facteurs individuels (âge, sexe, niveau d'éducation), socio-économiques (revenu, accès aux ressources) et contextuels (soutien social, environnement) (5–7). Ces constats soulignent la nécessité d'explorer des stratégies favorisant durablement l'engagement des patients. Par ailleurs, les mécanismes par lesquels les consultations infirmières peuvent soutenir l'autonomie des patients et leur adhésion thérapeutique non médicamenteuse restent encore peu documentés.

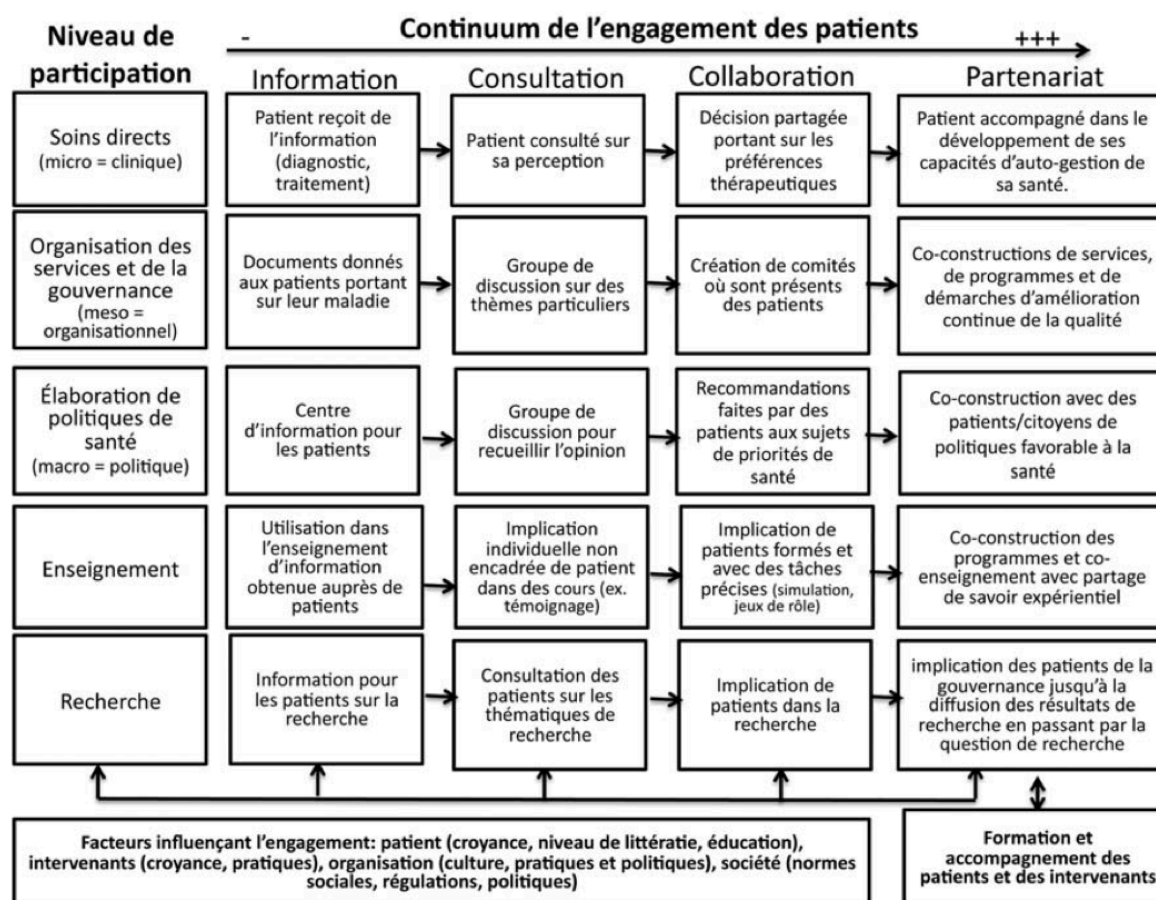
1.2. Cadre théorique : l'approche partenariale et la théorie intermédiaire de Sanford

L'approche partenariale en santé reflète l'évolution des modèles de soins, passant d'une logique paternaliste à une dynamique collaborative où le patient devient partenaire. Il est reconnu comme un acteur de sa santé, porteur d'un savoir expérientiel complémentaire à l'expertise des professionnels, dans une relation d'interdépendance. Ce modèle dépasse l'approche centrée sur le patient en intégrant un partage réel du pouvoir décisionnel. Le patient participe activement à l'élaboration de son plan de soins, en fonction de ses valeurs, de ses objectifs et de son expérience (8).

Sa mise en œuvre repose sur l'expression du vécu du patient et sa participation aux décisions, ainsi que sur une posture professionnelle collaborative fondée sur l'écoute, le partage d'informations et la co-construction (8). Dans cette perspective, l'alliance thérapeutique constitue un élément central, favorisant un ajustement réciproque des comportements et de la communication entre patient et professionnel (9). La communication ouverte, la définition d'objectifs communs, la confiance, le respect de l'autonomie, la responsabilité partagée et l'empathie soutiennent ainsi l'engagement du patient dans sa prise en soin (10). L'approche partenariale constitue donc un changement de paradigme visant à renforcer la qualité des soins, l'autonomie des patients et la collaboration au sein des organisations de santé (8). Elle apparaît ainsi comme un levier potentiel d'amélioration de l'adhésion thérapeutique dans les maladies chroniques (11).

Le cadre théorique de cette recherche s'appuie sur le modèle de Montréal du partenariat patient (8). Malgré les recommandations en faveur de ces approches, leur mise en œuvre dans la pratique clinique demeure inégale. La littérature souligne un écart persistant entre les recommandations théoriques et leur application sur le terrain. Bien que l'implication du patient soit reconnue comme essentielle, de nombreux patients restent encore peu engagés dans leur prise en soin (12). L'influence concrète du partenariat sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique reste encore insuffisamment documentée, notamment en consultation infirmière de diabétologie.

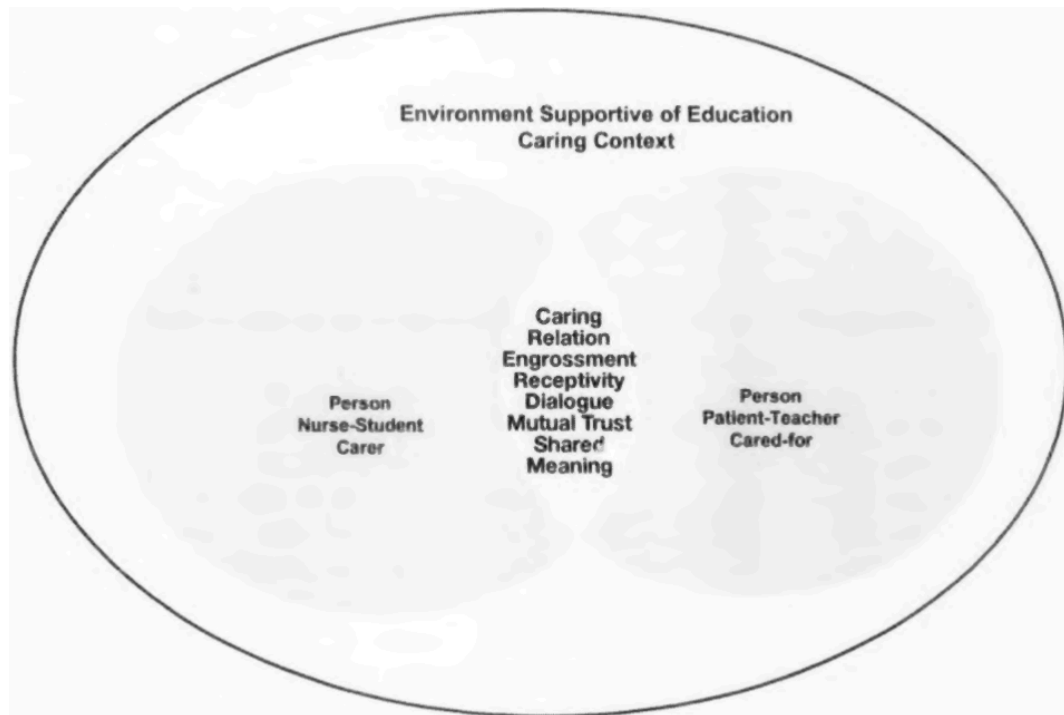
Figure 1 : Cadre théorique du continuum de l'engagement des patients (8)



En complément, la théorie intermédiaire de Sanford, *Caring through Relation and Dialogue*, éclaire les processus relationnels impliqués dans l'éducation et l'accompagnement des patients. Elle met l'accent sur la relation de caring, le dialogue authentique, la co-construction des savoirs et l'apprentissage mutuel. Le patient est considéré comme un « patient-teacher », porteur d'un savoir expérientiel, tandis que le professionnel adopte une posture de « nurse-student » favorisant l'apprentissage mutuel. Cette théorie dépasse ainsi une approche transmissive au profit d'un processus interactif fondé sur la confiance et la réciprocité (13).

Ainsi, le dialogue permet au patient de questionner ses représentations, de mieux comprendre sa situation et d'envisager des changements durables de comportements. Cette théorie est particulièrement pertinente dans les consultations infirmières, où la qualité de la relation et du dialogue constitue un levier central pour soutenir l'autonomie et l'engagement du patient.

Figure 2 : Prendre soin par la relation et le dialogue : une théorie de portée intermédiaire pour l'éducation du patient (13)



Le Modèle de Montréal et la théorie de Sanford offrent ainsi deux cadres complémentaires pour analyser comment la relation, le dialogue et la co-construction peuvent soutenir l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse en consultation infirmière de diabétologie.

1.3. Intérêt de la recherche

Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'explorer les stratégies susceptibles de renforcer l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients atteints de DT2.

L'approche partenariale pourrait constituer un levier pour soutenir leur autonomie et leur engagement, mais ses mécanismes d'influence restent peu explorés en consultation diabétologique infirmière.

Ce travail vise donc à analyser les perceptions des patients et des infirmières concernant cette influence. La question de recherche est la suivante :

« Pensez-vous qu'une approche partenariale en santé puisse influencer l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ? Si oui, comment ? »

L'objectif principal est d'analyser l'influence de l'approche partenariale sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients. Plus spécifiquement, cette étude vise à :

- explorer les perceptions des patients quant à leur implication dans leur prise en soin ;
- analyser le point de vue des infirmières sur la mise en œuvre de l'approche partenariale ;
- identifier et analyser les facteurs facilitant ou limitant le développement d'une relation partenariale ;
- comprendre les mécanismes influençant les comportements de santé.

Remarque méthodologique : L'outil ChatGPT a été utilisé comme aide à la relecture linguistique (syntaxe, grammaire, clarté), sans intégrer de contenu généré sans validation critique (14).

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Cette étude s'inscrit dans une démarche qualitative de type phénoménologique visant à comprendre un phénomène à partir de l'expérience vécue et du sens que les participants lui attribuent (15). Une démarche inductive a été adoptée afin de faire émerger progressivement des thèmes à partir des données recueillies, plutôt que de vérifier une théorie préexistante (16).

L'étude s'appuie sur deux cadres théoriques complémentaires : le Modèle de Montréal du partenariat patient et la théorie intermédiaire de Sanford, *Caring through Relation and Dialogue*. Leur articulation permet d'analyser comment une approche partenariale fondée sur la relation et le dialogue peut soutenir l'autonomie et influencer l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients atteints de DT2 en consultation diabétologique infirmière.

2.2. Population étudiée

La population étudiée comprend deux groupes : les patients atteints de DT2 suivis en consultation diabétologique et les infirmières y exerçant, avec ou sans formation en diabétologie.

Les critères d'inclusion des patients étaient : DT2 diagnostiqué depuis au moins six mois, suivi personnalisé par une infirmière du service, surveillance glycémique à domicile, âge de 50 à 75 ans, résidence en Région wallonne, maîtrise du français ou de l'allemand et consentement éclairé signé. Initialement fixée entre 50 et 70 ans, la tranche d'âge a été élargie à 75 ans lors du recrutement afin d'inclure des participants répondant aux autres critères. Cette tranche d'âge a été retenue afin d'explorer l'expérience d'adultes d'âge moyen et plus âgés atteints de DT2, population pour laquelle la littérature consacrée spécifiquement à l'autogestion reste limitée (17).

Les critères d'exclusion, pour préserver l'homogénéité et la pertinence de l'échantillon, étaient : diabète autre que de type 2, grossesse, troubles cognitifs ou psychiatriques majeurs, comorbidités sévères en phase terminale, statut de mineur ou de personne sous tutelle et refus de participation.

2.3. Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage de convenance a été retenu pour les deux groupes. Le service de diabétologie concerné comptait deux infirmières. Répondant aux critères d'inclusion, elles ont toutes deux accepté de participer à l'étude.

Pour les patients, la chercheuse a d'abord recruté les participants lors de plusieurs journées de présence en consultation. Face à un recrutement initial insuffisant, les infirmières ont ensuite identifié et contacté des patients répondant aux critères d'inclusion ; les personnes intéressées ont été recontactées par la chercheuse afin d'organiser l'entretien.

2.4. Taille de l'échantillon

Concernant les infirmières, la taille de l'échantillon a été déterminée par la réalité du terrain. Les deux infirmières exerçant en consultation diabétologique dans le service ont été incluses.

Pour les patients, la taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance, conformément au principe de saturation des données en recherche qualitative. Celle-ci est atteinte lorsque les nouveaux entretiens n'apportent plus d'informations majeures à la compréhension du phénomène étudié (18). Une revue systématique indique que dans les études qualitatives par entretiens, la saturation apparaît souvent après 9 à 17 entretiens (19). Dans cette étude, elle a été considérée comme atteinte après 11 entretiens patients.

2.5. Organisation et planification du recueil des données

Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-directifs, afin d'explorer les expériences vécues et le sens attribué par les participants (20).

Les entretiens avec les infirmières ont eu lieu à l'hôpital, dans un espace calme et confidentiel, et ceux avec les patients à l'hôpital ou à domicile, selon leur préférence. Leur durée variait de 45 minutes à 1 h 30. Ils ont été enregistrés via Teams sur un ordinateur sécurisé, puis transcrits de manière anonymisée.

Deux guides d'entretien distincts, destinés aux infirmières (annexe 1) et aux patients (annexe 2), ont été élaborés à partir des objectifs de recherche et des cadres théoriques. Ils exploraient les dimensions relationnelles, éducatives et décisionnelles du partenariat, tout en

laissant aux participants la possibilité de s'exprimer librement. Des relances permettaient d'approfondir certains éléments (20).

2.6. Paramètres étudiés et méthode d'analyse des données

Les paramètres étudiés concernaient l'approche partenariale en consultation diabétologique : la relation soignant-soigné, la reconnaissance du savoir expérientiel du patient, la communication et les stratégies éducatives, la participation aux décisions et la co-construction des soins, ainsi que l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse. Les perceptions des patients et des infirmières, ainsi que les convergences et divergences entre leurs points de vue, ont également été considérées.

Les cadres théoriques ont guidé l'élaboration des guides d'entretien sans prédéterminer les thèmes. Selon une approche thématique inductive, les entretiens retranscrits intégralement ont été codés, regroupés en catégories puis en thèmes en lien avec la question de recherche, à l'aide de NVivo.

Une attention particulière a été portée aux éléments divergents ou nuanciant les thèmes principaux. Une triangulation des sources a été réalisée en confrontant les données des patients et des infirmières.

2.7. Critères de qualité

La qualité scientifique repose sur plusieurs principes issus du *Code d'éthique de la recherche scientifique en Belgique* (21), notamment la rigueur, la prudence, la fiabilité et la vérifiabilité. Les entretiens ont été menés à l'aide de guides préétablis et l'analyse a été conduite de manière systématique. Les résultats ont été présentés fidèlement aux données recueillies, en tenant compte des limites de l'étude, et le déroulement de la recherche a été décrit avec transparence.

2.8. Aspects éthiques

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique hospitalo-facultaire de Liège (annexe 3).

Avant les entretiens, les participants ont été informés des objectifs de la recherche, des modalités de participation, ainsi que des principes d'anonymat, de confidentialité et de

participation volontaire. Un consentement éclairé a été recueilli avant chaque entretien. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés, puis les données ont été anonymisées et utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche.

3. Résultats

3.1. Présentation de la population

Tableau 1 : Caractéristiques des participants infirmiers

Infirmier.ère	Sexe	Formation en diabétologie	Expérience en diabétologie (années)
1	Femme	Oui	8
2	Femme	Oui	22

Tableau 2 : Caractéristiques des patients atteints de DT2

Patient	Sexe	Âge	Statut	Année du diagnostic	Durée de suivi en diabétologie (années)	Infirmière référente
1	Homme	64	C	2020	2	2
2	Homme	71	C	2007	6	2
3	Homme	60	C	2016	6	1
4	Femme	57	C	2011	15	1
5	Homme	70	C	2010	16	2
6	Femme	63	C	2011	10	2

7	Homme	73	TDS	2007	2-3	NA
8	Homme	63	TDS	2012	12	2
9	Homme	60	TDS	2012	0,5	2
10	Homme	57	TDS	2014	1,5	1 et 2
11	Homme	71	C	2008	10	1 et 2

DT2 : Diabète de type 2 ; C : conventionné ; TDS : trajet de soins ; NA : non disponible

Au total, 13 participants ont pris part à cette étude : deux infirmières spécialisées en diabétologie et 11 patients atteints de DT2.

Les infirmières disposaient respectivement de 8 et 22 années d'expérience dans ce domaine.

Parmi les patients, 9 étaient des hommes et 2 des femmes. Leur âge moyen était de 64,5 ans, avec un minimum de 57 ans et un maximum de 73 ans. Sept bénéficiaient d'une convention diabète et quatre étaient inscrits dans un trajet de soins. Le diagnostic avait été posé entre 2007 et 2020 et la durée de suivi au sein du service variait de 6 mois à 16 ans. La plupart des patients étaient principalement suivis par l'une des deux infirmières participantes.

3.2. Résultats de l'étude qualitative

L'analyse qualitative a fait émerger cinq thématiques : le cadre relationnel et organisationnel du partenariat, la personnalisation des soins, la posture infirmière, l'éducation thérapeutique comme processus de co-construction et l'influence perçue du partenariat sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique. Une représentation synthétique est présentée en annexe 4.

3.2.1. Le cadre relationnel et organisationnel du partenariat

Les consultations s'inscrivent dans un cadre relationnel et organisationnel où la relation patient-infirmière occupe une place centrale, fondée sur l'accessibilité, la continuité du suivi, la confiance, une communication ouverte et la collaboration interprofessionnelle.

Accessibilité et continuité du suivi

Les patients soulignent l'importance de pouvoir contacter facilement l'équipe en cas de besoin. Cette disponibilité les rassure dans la gestion quotidienne du diabète : « *Je peux appeler ici à tout moment. [...] Il y a toujours quelqu'un. On peut aussi simplement passer ici à l'improviste.* » (patient 6). La consultation à distance des données glycémiques est également perçue comme un soutien utile lorsque des ajustements sont nécessaires.

La fréquence du suivi est individualisée, comme l'explique l'infirmière 1 : « *C'est selon le profil du patient. Mais il n'y a pas de règle.* » Cette flexibilité favorise l'accompagnement, même si certaines contraintes administratives ou organisationnelles peuvent limiter le temps consacré aux dimensions éducatives et relationnelles.

Relation thérapeutique fondée sur la confiance et une communication ouverte

La relation entre les patients et les infirmières repose sur une confiance construite dans la durée et renforcée par la disponibilité des professionnels, la continuité du suivi et la qualité de l'accueil. L'infirmière 1 souligne que « *pour la confiance il faut une relation* ». Ce ressenti est partagé par les patients, qui évoquent une relation rassurante : « *C'est également une relation de confiance* » (patient 8).

Cette relation est soutenue par une communication ouverte et égalitaire. Un patient précise qu'elle « *se fait d'égal à égal* » (patient 6). Cette qualité des échanges favorise l'expression des difficultés, des écarts et des préférences, sans crainte d'être culpabilisés.

La disponibilité des professionnels et la continuité de la relation contribuent ainsi au sentiment de sécurité des patients.

Collaboration interprofessionnelle

L'équipe interprofessionnelle constitue une ressource importante dans l'accompagnement. Les infirmières collaborent notamment avec les diabétologues, la diététicienne et la psychologue. Elles soulignent l'importance d'être « *cohérent dans tout ce qu'on dit* » et de passer le relais lorsque la situation le nécessite : « *Quand tu commences à freiner, on passe la main.* » (infirmière 1).

Les patients perçoivent cette coordination, notamment à travers la circulation des informations. L'un d'eux explique qu'après une consultation chez la diabétologue, « *l'infirmière est déjà au courant* » (patient 2), tandis qu'un autre estime que « *tout fonctionne main dans la main* » (patient 8).

3.2.2. La personnalisation des soins : adaptation au contexte de vie

Les entretiens mettent en évidence une prise en compte holistique des patients. Les objectifs et recommandations sont adaptés aux capacités, aux préoccupations, à l'état de santé et au contexte de vie du patient.

Adaptation au mode de vie et aux objectifs du patient

L'infirmière 2 souligne que « *chaque patient qui arrive, a ses propres problèmes, ses craintes, ses aspirations et ses objectifs, et il faut s'adapter à chaque fois* ». Cette adaptation concerne les objectifs, les recommandations, le traitement et le rythme de l'accompagnement, en fonction du contexte de vie et de ce qui est réalisable au quotidien. Elle vise également à proposer un traitement compris, acceptable et sécurisant pour le patient. Un patient explique : « *Quand je mentionne que j'aimerais faire telle ou telle chose, il faut voir si c'est faisable ou non. Mais tout cela se fait dans une discussion raisonnable* » (patient 9). L'accompagnement est ainsi ajusté aux priorités et aux possibilités de chacun.

Comorbidités et trajectoires médicales complexes

Le DT2 s'inscrit fréquemment dans un contexte de multimorbidité. Plusieurs patients rapportent des antécédents cardiovasculaires, oncologiques ou neurologiques. Les infirmières tiennent compte de cette complexité et de l'histoire globale du patient : « *Derrière*

le patient, il y a un être humain, avec une histoire » (infirmière 2). Certaines problématiques médicales, psychologiques ou familiales peuvent temporairement devenir prioritaires et conduire à adapter les objectifs au moment vécu par le patient.

Maintien de la qualité de vie

Le maintien de la qualité de vie apparaît comme une préoccupation importante. Selon l'infirmière 2, *« le diabète fait partie de leur vie, mais il ne doit pas diriger leur vie »*. Les patients recherchent un équilibre entre les contraintes de la maladie et le maintien d'une vie satisfaisante : *« Je ne peux pas non plus tout arrêter. Il faut quand même garder un peu de plaisir »* (patient 5) ; *« La vie doit quand même rester digne d'être vécue »* (patient 3).

Environnement familial, social et matériel

L'entourage occupe une place variable. Pour certains patients (2, 5, 6, 7, 8, 9, 10), il apporte un soutien concret, tandis que d'autres souhaitent préserver leur indépendance : *« À partir d'un certain âge, on est responsable de soi-même »* (patient 4). Les infirmières considèrent l'entourage comme une source d'information complémentaire, tout en maintenant le patient au centre de la prise en soin.

Les contraintes professionnelles, familiales, sociales et matérielles influencent également les possibilités d'adaptation. Le stress, la fatigue, le manque de temps, les habitudes de vie ou les difficultés financières peuvent limiter les changements. Le coût d'une alimentation perçue comme plus saine est notamment évoqué : *« Une alimentation saine coûte cher »* (patient 6).

3.2.3. Une posture infirmière facilitatrice du partenariat

Les entretiens mettent en évidence une posture infirmière caractérisée par une volonté d'accompagner plutôt que d'imposer, une attitude non jugeante et un ajustement du discours et du soutien aux besoins.

Accompagner plutôt que prescrire

Les infirmières décrivent leur rôle comme une guidance. L'infirmière 2 explique : *« Je ne suis pas celle qui dit ce qu'il faut faire. Je guide. Je souhaite accompagner les patients dans leur maladie »*. Pour l'infirmière 1, le patient *« ne doit pas adhérer à tout ce que je dis, il doit adapter sa vie »*, ce qui correspond à son *« sens du partenariat »*.

Les patients les perçoivent comme des personnes ressources avec lesquelles ils recherchent des solutions. Un patient explique : « *Peu importe le problème avec lequel j'arrive ici, on cherche toujours une solution.* » (patient 6). Mais l'information professionnelle ne supprime pas leur capacité de décision : « *Ils peuvent m'informer, et ensuite je suis assez âgé pour décider moi-même ce que je fais* » (patient 5). L'accompagnement laisse donc au patient une place active dans les choix liés à son quotidien.

Posture non jugeante

L'absence de jugement permet aux patients d'aborder leurs écarts et leurs difficultés sans crainte d'être réprimandés : « *Ils ne me montrent pas du doigt lorsque j'ai mangé un morceau de chocolat.* » (patient 3). L'infirmière 2 résume cette posture : « *Je ne suis pas là pour juger, je suis là pour les aider.* » Cette attitude contraste avec des expériences antérieures : « *Avant, avec l'autre infirmière, j'avais plutôt l'impression qu'on me montrait toujours du doigt [...]. Mais ce n'est plus le cas aujourd'hui.* » (patient 2).

Ajustement du discours et de la relation

Les infirmières adaptent leur discours, leurs explications et leur posture au niveau de compréhension, aux préférences et aux réactions du patient. Elles peuvent utiliser un langage plus simple ou plus scientifique selon les besoins. L'infirmière 1 explique également adopter « *un peu plus de douceur [...] selon le comportement* » de la personne. Un patient explique que tout « *est expliqué avec un vocabulaire simple* » (patient 3).

Cette expertise est reconnue par les patients et renforce la confiance accordée aux conseils infirmiers : « *Comme je sais que ces personnes maîtrisent leur domaine, je prends naturellement leurs conseils à cœur* » (patient 9).

Soutien, encouragement et motivation

Les entretiens soulignent l'importance du soutien infirmier pour maintenir l'engagement des patients dans la gestion du diabète. Les encouragements et la valorisation des progrès y contribuent. L'infirmière 1 explique : « *Je les félicite aussi* », tandis que l'infirmière 2 cherche à « *mettre en avant les bons jours* » plutôt qu'à se focaliser sur les difficultés.

3.2.4. L'éducation thérapeutique : un processus interactif de co-construction

Les entretiens montrent que l'éducation thérapeutique ne se limite pas à la transmission d'informations. Elle associe les connaissances professionnelles à l'expérience du patient et se construit progressivement à travers les échanges, l'expérimentation et la recherche de solutions adaptées.

Compréhension de la maladie et appropriation progressive

La compréhension de la maladie constitue un préalable aux apprentissages techniques et à l'intégration des recommandations. L'infirmière 1 explique : « *Au tout départ, je m'assure déjà de la compréhension de la pathologie* ». Les consultations aident certains patients à saisir la réalité de leur maladie : « *Je n'ai réellement compris que j'étais malade qu'en commençant à venir ici* » (patient 6). Cette appropriation peut être difficile en raison du caractère parfois peu perceptible du DT2 : « *Le diabète ne dérange pas, ne fait pas mal* » (patient 3).

Apprentissage à partir de l'expérience

Les consultations s'appuient sur les expériences, les difficultés et les adaptations des patients. L'apprentissage pratique concerne notamment la prise de glycémie, le changement de capteur et les injections. L'infirmière 1 explique : « *Je leur montre, puis ils le font. Ensuite, pour la technique d'injection, on le fait avec une petite poupée.* » Les patients expérimentent ensuite les propositions dans leur quotidien : « *Quand ils me proposent quelque chose, je l'essaye.* » (patient 7). Les consultations permettent ainsi de relier les recommandations à leur mise en œuvre concrète dans la vie quotidienne.

Stratégies pédagogiques et progressivité

Les infirmières mobilisent des repères concrets pour rendre les informations accessibles et applicables, telles que le repère de l'assiette - « *L'assiette doit être remplie à moitié de légumes* » (patient 3) – ou « *la règle de la main* » (patient 5) pour adapter les portions.

Les apprentissages sont introduits progressivement afin d'éviter une surcharge d'informations : « *On essaye de ne plus tout faire en une seule journée* » (infirmière 1). Cette progressivité respecte le rythme du patient.

Reconnaissance des savoirs du patient et co-construction

Les entretiens montrent que les patients ne nomment pas toujours explicitement le partenariat, mais qu'ils en décrivent plusieurs dimensions, notamment la prise en compte de leur expérience, leur implication dans les échanges et la recherche conjointe de solutions adaptées. Du côté infirmier, cette démarche commence par l'identification des connaissances et des préoccupations du patient, qui permet de partir de ce que le patient sait, vit et ressent : « *On regarde où en sont ses connaissances et quelles sont ses préoccupations* » (infirmière 2). Cette reconnaissance est également rapportée par les patients : « *Elle tient compte de ce que je lui dis et me conseille ensuite sur la manière dont je peux faire.* » (patient 1). La dynamique partenariale apparaît également dans le sentiment d'être écouté et reconnu. Un patient explique ainsi : « *Ils tiennent vraiment compte des besoins du patient. Ils écoutent aussi ce que le patient a à dire. On a le sentiment d'être pris en considération* » (patient 9). L'expertise professionnelle s'articule ainsi au savoir expérientiel du patient afin de construire des solutions réalistes et adaptées à sa vie.

Décision partagée et degré d'implication souhaité

Les patients sont généralement associés à la recherche de solutions : « *Nous regardons toujours ensemble et cherchons ensemble des solutions* » (patient 2) ou « *Rien n'est décidé au-dessus de ma tête* » (patient 7).

Le degré d'implication souhaité varie néanmoins. Un patient affirme avoir « *besoin d'une réponse claire* » et précise qu'il n'a « *pas besoin de participer à la décision* ». Il exprime toutefois ses préférences : « *Je ne voulais plus me piquer, je n'en avais plus envie. Et alors nous avons changé. Maintenant, j'ai ce capteur* » (patient 11). Cette préférence pour une guidance plus explicite n'exclut donc pas toute forme d'expression des besoins.

Le partenariat ne suppose donc pas une participation identique de tous, mais une adaptation au degré d'implication souhaité.

3.2.5. Influence perçue du partenariat sur l'autonomie et l'adhésion

Les participants associent le partenariat à davantage de sécurité, de confiance, d'autonomie et d'intégration des recommandations, avec des variations selon les personnes et les moments.

Sentiment de sécurité et confiance en ses capacités

La disponibilité des infirmières et la possibilité de solliciter l'équipe contribuent au sentiment de sécurité. L'infirmière 2 décrit son rôle comme celui d'« *être un point de référence lorsqu'il y a des problèmes* ». Les patients savent qu'ils peuvent contacter l'équipe : « *Je peux toujours appeler. Peu importe ce qui se passe, ils sont là pour toi* » (patient 10).

Certains évoquent parallèlement une confiance croissante dans leurs capacités à utiliser les dispositifs de surveillance ou à adapter certaines conduites : « *Adapter moi-même les doses d'insuline, j'y arrive vraiment très bien* » (patient 6). Un autre patient rapporte : « *Je me sens plus en sécurité qu'au tout début, parce que j'ai les consultations ici et que je vais régulièrement chez la diabétologue.* » (patient 5). Ainsi, le sentiment de pouvoir solliciter l'équipe en cas de besoin semble soutenir la confiance du patient dans sa capacité à gérer progressivement davantage de situations au quotidien.

Développement progressif de l'autonomie

Les patients rapportent une meilleure compréhension du diabète et une capacité croissante à interpréter certaines situations, tout en conservant la possibilité de solliciter l'équipe lorsqu'ils rencontrent une difficulté. Cette autonomie concerne notamment l'interprétation des données glycémiques et l'adaptation de l'insuline : « *J'ai reçu un tableau indiquant quand je dois injecter quelle dose, mais j'adapte le plus souvent moi-même la dose* » (patient 5). Elle se manifeste également dans la gestion de l'activité physique, lorsque les patients anticipent son influence sur leur glycémie : « *Quand je suis sorti de la maison pour aller me promener, ma glycémie était à 145. J'ai alors mangé quelque chose de sucré, parce que je sais bien que l'activité physique fait baisser la glycémie.* » (patient 6).

L'autonomie se construit à partir des repères transmis et de l'expérience quotidienne : les patients observent, interprètent et ajustent certaines conduites.

Renforcement de la motivation

La motivation des patients est soutenue par l'accompagnement infirmier, l'encouragement, la valorisation des progrès et les bénéfices perçus. Les infirmières cherchent néanmoins à développer la motivation intrinsèque du patient : « *Il faut vraiment essayer de renforcer la motivation propre du patient. Ce n'est pas moi qui dois être sa motivation.* » (infirmière 2).

Un patient souligne l'influence du soutien reçu : « *Ce n'est que grâce au soutien intensif et direct du personnel ici que j'ai été aussi motivé à aller aussi loin* » (patient 3).

La motivation reste néanmoins fluctuante, notamment en cas de fatigue, de relâchement ou de difficulté à maintenir les efforts. Les infirmières reprennent alors avec le patient ce qui demeure possible, sans culpabilisation.

Évolution de l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse

L'adhésion aux recommandations concernant l'alimentation, l'activité physique, l'autosurveillance glycémique et l'adaptation du mode de vie semble progresser lorsqu'elles sont personnalisées et compatibles avec le quotidien du patient. Elle reste influencée par les ressources, les habitudes, le contexte, les conditions de vie et le soutien reçu. Comme le souligne l'infirmière 2, « *le caractère et les conditions de vie jouent aussi un rôle* ».

Certains patients maîtrisent plusieurs aspects du diabète tout en reconnaissant des difficultés persistantes, notamment pour l'alimentation et l'activité physique : « *Le gérer n'est pas un problème. C'est plutôt difficile de respecter ce que je peux ou ne peux pas faire, surtout concernant l'alimentation et l'activité physique* » (patient 5). D'autres évoquent davantage de difficultés à modifier durablement leurs habitudes : « *Il faut avoir de l'autodiscipline, et c'est assez difficile pour moi* » (patient 1).

Le rôle infirmier consiste moins à obtenir une adhésion immédiate qu'à soutenir des objectifs réalistes. L'infirmière 1 souligne l'importance de proposer « *des objectifs faciles, faisables et un ou deux maximum* ».

Freins à l'adhésion et limites du partenariat

L'approche partenariale ne supprime pas les contraintes liées à la gestion quotidienne du diabète. La fatigue, les responsabilités, les coûts, les habitudes de vie, ainsi que les exigences liées à la surveillance et aux traitements peuvent rendre difficile l'intégration et le maintien des recommandations dans la durée, malgré l'accompagnement proposé. Les patients évoquent également des craintes concernant les hypoglycémies, les nouveaux dispositifs ou les complications : « *ma plus grande crainte a toujours été de devenir aveugle* » (patient 3).

Le partenariat présente également certaines limites relationnelles. Des difficultés dans la relation patient-infirmière peuvent freiner les échanges et la recherche commune de solutions. L'infirmière 1 souligne ainsi que « *le caractère de chacun peut être un frein* ». Dans certaines situations, un relais vers un collègue ou un autre professionnel peut alors être nécessaire : « *Je crois que c'est important aussi de dire : je passe la main* » (infirmière 1).

4. Discussion et perspectives d'avenir

L'objectif de cette étude était d'analyser, à partir des perceptions des patients et des infirmières, l'influence d'une approche partenariale sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients atteints de DT2 en consultation diabétologique infirmière. Les résultats mettent en évidence plusieurs dimensions complémentaires du partenariat, notamment les conditions relationnelles et organisationnelles, la personnalisation de l'accompagnement, la posture infirmière et la co-construction des soins. Ces dimensions semblent soutenir progressivement l'implication et l'autonomie du patient, tout en tenant compte des contraintes susceptibles de limiter l'adhésion thérapeutique.

4.1. La relation thérapeutique comme base du partenariat

La relation thérapeutique apparaît comme une condition essentielle au développement du partenariat. La disponibilité des infirmières, la continuité du suivi et une communication ouverte semblent créer un climat de confiance et de sécurité permettant aux patients d'exprimer leurs difficultés, leurs écarts et leurs préférences sans crainte d'être jugés.

Cette interprétation rejoint la revue systématique de Chan et al. (22), qui décrit notamment la continuité interpersonnelle comme une relation de soin maintenue dans le temps, favorisant la confiance mutuelle et la communication entre patient et professionnel. Les auteurs rapportent également des associations entre une meilleure continuité des soins, certains comportements d'autogestion et l'adhésion aux recommandations. Bien que ces données proviennent principalement de la relation médecin-patient et d'études observationnelles, elles soutiennent l'intérêt d'un suivi continu dans la relation de soin.

Ces éléments font écho aux résultats de la présente étude, dans lesquels la continuité et la disponibilité des infirmières sont associées par les patients à un sentiment de sécurité et à une relation de confiance. La relation thérapeutique pourrait ainsi constituer un socle permettant au patient d'exprimer plus facilement ses difficultés et ses préférences, créant les conditions nécessaires à une personnalisation ultérieure de l'accompagnement.

Le partenariat repose également sur des conditions organisationnelles favorables. Dans cette étude, la collaboration entre infirmières, diabétologues, diététicienne et psychologue ainsi

que la circulation des informations contribuent à la cohérence de l'accompagnement, également perçue par les patients. Ces résultats peuvent être rapprochés de la revue systématique avec méta-analyse de Lee et al. (23), selon laquelle les pratiques collaboratives interprofessionnelles en soins primaires sont associées à une amélioration de paramètres cliniques, notamment l'HbA1c.

4.2. La personnalisation de l'accompagnement comme condition d'une adhésion réaliste

Les résultats montrent que l'accompagnement est ajusté aux objectifs, aux capacités, aux comorbidités et au contexte de vie du patient. Cette personnalisation constitue une dimension importante du partenariat en considérant le patient comme une personne singulière, porteuse de préférences, de contraintes et d'un savoir expérientiel. Elle rejoint le consensus ADA/EASD, qui recommande une approche centrée sur la personne et l'individualisation des objectifs et stratégies thérapeutiques selon les préférences, les comorbidités et le contexte social (24).

Les contraintes rapportées dans cette étude — fatigue, responsabilités familiales ou professionnelles, habitudes de vie et difficultés financières — montrent que l'adhésion ne dépend pas uniquement de la motivation individuelle. Les *Standards of Care in Diabetes 2026* de l'ADA soulignent également l'influence de la charge du traitement, du soutien social, de l'accès aux ressources et des déterminants sociaux sur l'autogestion du diabète (25).

Dans cette perspective, la personnalisation permet de transformer des recommandations générales en objectifs réalistes et compatibles avec la vie quotidienne. L'implication de l'entourage doit également être adaptée aux préférences du patient. Cette approche rejoint la théorie de Sanford (13), selon laquelle le dialogue permet de prendre en compte l'expérience et les significations attribuées par le patient afin d'explorer avec lui les actions possibles. La personnalisation apparaît ainsi comme un mécanisme par lequel le partenariat peut favoriser une adhésion non médicamenteuse plus réaliste.

4.3. La posture infirmière comme soutien à l'autonomie

La posture infirmière apparaît comme une dimension centrale du partenariat. Les infirmières privilégient une logique de guidance plutôt que de prescription, caractérisée par l'absence de jugement, l'adaptation du discours et la valorisation des progrès. Cette posture déplace

l'objectif d'une simple application des recommandations vers le développement progressif des capacités du patient à gérer sa maladie. Elle rejoint les *Standards of Care in Diabetes 2026*, qui recommandent une communication centrée sur la personne et non stigmatisante, ainsi qu'un soutien à l'autogestion et à la prise de décision (25), mais aussi les principes du DSMES, qui visent à développer les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires à l'autogestion (26).

Cette posture peut également être interprétée à travers la théorie de Sanford (13), fondée sur le dialogue, le caring et l'apprentissage mutuel. Le professionnel prend en compte ce que le patient sait, vit et souhaite, tout en mobilisant son expertise pour guider l'accompagnement. L'autonomie ne correspond donc pas à un retrait du professionnel, mais à un processus soutenu permettant au patient de développer progressivement sa confiance et sa capacité à décider et à agir.

4.4. L'éducation thérapeutique et la décision partagée comme mécanismes de co-construction

Les résultats montrent que l'éducation thérapeutique dépasse une simple transmission d'informations : elle est progressive, adaptée aux connaissances du patient et s'appuie sur son expérience afin de favoriser l'appropriation de la maladie et la mise en œuvre des recommandations. Cette démarche rejoint les principes du *Diabetes Self-Management Education and Support* (DSMES), qui vise à développer les connaissances, les compétences, la confiance, la résolution de problèmes et la prise de décision nécessaires à l'autogestion (26).

Une revue parapluie regroupant 12 méta-analyses rapporte également un effet favorable de l'éducation à l'autogestion sur l'HbA1c chez les personnes atteintes de DT2 (27). Ce résultat soutient son intérêt clinique sans permettre de conclure à un effet sur l'autonomie ou l'adhésion non médicamenteuse.

La co-construction se manifeste également à travers la décision partagée : la plupart des patients décrivent une recherche commune de solutions et la prise en compte de leurs préférences. Une revue systématique récente de 34 études montre que, parmi les études portant sur les patients, la majorité rapporte une préférence pour une participation collaborative aux décisions, tout en mettant en évidence une variabilité du degré d'implication souhaité (12). Cette variabilité apparaît également dans la présente étude,

notamment chez un patient préférant une guidance claire tout en exprimant ses préférences concernant son traitement. Le partenariat suppose donc d'adapter la participation au degré d'implication souhaité.

Cette interprétation rejoint le Modèle de Montréal (8), qui reconnaît la complémentarité du savoir expérientiel du patient et de l'expertise professionnelle dans une logique de co-construction. Elle est également cohérente avec le consensus ADA/EASD, selon lequel la décision partagée intègre les préférences et les valeurs individuelles et peut favoriser l'adhésion aux interventions (24). L'éducation thérapeutique et la décision partagée apparaissent ainsi comme deux mécanismes complémentaires permettant au partenariat de soutenir l'appropriation de la maladie, l'implication du patient et l'intégration des recommandations dans le quotidien.

4.5. Une autonomie soutenue et une adhésion variable

Les résultats suggèrent que l'approche partenariale peut soutenir progressivement l'autonomie des patients. Ceux-ci décrivent une meilleure compréhension de leur maladie et une capacité croissante à interpréter leurs glycémies, à adapter certaines conduites et à utiliser les dispositifs, tout en conservant la possibilité de solliciter l'équipe. L'autonomie apparaît ainsi moins comme une indépendance vis-à-vis des professionnels que comme une capacité d'agir qui se développe dans un cadre relationnel sécurisant.

La motivation semble constituer un mécanisme intermédiaire entre l'accompagnement et l'engagement du patient. Les encouragements, la valorisation des progrès et la fixation d'objectifs atteignables peuvent renforcer la confiance dans ses capacités. Ces résultats peuvent être rapprochés d'une méta-analyse de 16 essais randomisés sur l'entretien motivationnel chez des personnes atteintes de diabète, qui rapporte une diminution de l'HbA1c et de la détresse émotionnelle ainsi qu'une amélioration de l'auto-efficacité (28). Ces données soutiennent l'intérêt d'une posture favorisant la motivation et l'auto-efficacité, sans permettre d'attribuer ces effets au partenariat à lui seul.

Concernant l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse, les résultats suggèrent qu'elle est facilitée lorsque les recommandations sont comprises, discutées et compatibles avec la vie quotidienne. Elle demeure toutefois variable et influencée par la fatigue, les habitudes, les ressources, les contraintes sociales et la charge liée à la maladie. Le partenariat ne

supprime donc pas ces freins, mais semble permettre de mieux les identifier et de co-construire des objectifs adaptés aux possibilités du patient.

Compte tenu du caractère qualitatif de l'étude, aucune relation causale entre approche partenariale, autonomie et adhésion ne peut être établie. Les résultats permettent néanmoins d'identifier plusieurs mécanismes perçus — sécurité, confiance, personnalisation, motivation et co-construction — susceptibles d'expliquer comment le partenariat peut soutenir l'autonomie et favoriser l'adhésion non médicamenteuse.

4.6. Perspectives pour la pratique infirmière et la recherche

Les résultats soutiennent l'intérêt de préserver, dans les consultations infirmières, un temps permettant d'explorer le vécu, les priorités, les ressources et les difficultés du patient. Le développement de compétences en communication centrée sur la personne, décision partagée, entretien motivationnel et adaptation de l'éducation paraît également pertinent pour favoriser une approche partenariale (25). La continuité du suivi, l'accessibilité des professionnels et la coordination interprofessionnelle apparaissent également comme des conditions organisationnelles favorables au partenariat. Les outils numériques et le suivi à distance pourraient compléter cet accompagnement, à condition de rester intégrés dans une approche personnalisée.

Sur le plan de la recherche, des études multicentriques auprès de populations plus diversifiées permettraient d'examiner la transférabilité de ces résultats.

Des méthodes mixtes et longitudinales pourraient également associer l'expérience des patients à des mesures validées d'autonomie, d'auto-efficacité et d'adhésion thérapeutique non médicamenteuse, ainsi qu'à des indicateurs cliniques tels que l'HbA1c. Elles permettraient de mieux étudier les relations entre confiance, personnalisation, co-construction, autonomie et adhésion mises en évidence dans cette étude.

5. Forces, biais et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Les entretiens semi-directifs ont permis d'explorer les perceptions des patients et des infirmières concernant l'approche partenariale. L'inclusion des deux groupes issus du même service a permis une triangulation des sources. De plus, les deux infirmières exerçant en consultation diabétologique dans le service ont participé à l'étude, permettant de couvrir l'ensemble des perspectives professionnelles disponibles dans ce contexte.

Plusieurs limites doivent néanmoins être considérées. Le faible nombre d'infirmières interrogées ($n = 2$) limite la diversité des perspectives professionnelles et la transférabilité des résultats. L'échantillonnage de convenance peut également avoir entraîné un biais de sélection lié au recrutement de patients disponibles et volontaires. Un biais de désirabilité sociale est possible chez les patients, en raison de leur relation avec l'équipe soignante, ainsi que chez les infirmières concernant la description de leurs pratiques.

Certains entretiens ayant été réalisés en allemand puis traduits en français, une perte de nuances linguistiques ne peut être exclue, malgré une traduction visant à préserver au mieux le sens des propos.

Enfin, l'approche qualitative ne vise pas une généralisation statistique et le caractère monocentrique limite la portée des résultats. Ceux-ci constituent une compréhension contextualisée du phénomène étudié, pouvant être confrontée à d'autres contextes et populations.

6. Conclusion

Cette étude suggère que l'approche partenariale en consultation diabétologique infirmière peut soutenir l'autonomie et favoriser l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse des patients atteints de DT2. Son influence semble reposer sur plusieurs mécanismes complémentaires : une relation de confiance et non jugeante, l'accessibilité et la continuité du suivi, la prise en compte du savoir expérientiel, la personnalisation de l'accompagnement, la co-construction des soins et le soutien motivationnel.

L'infirmière occupe une place centrale dans ce processus en accompagnant progressivement le patient dans la compréhension de sa maladie, la prise de décision et le développement de ses capacités d'autogestion. L'autonomie apparaît ainsi comme une capacité d'agir soutenue plutôt que comme une indépendance vis-à-vis des professionnels, reposant notamment sur la confiance, le sentiment de sécurité et la possibilité de solliciter l'équipe en cas de besoin.

L'adhésion thérapeutique non médicamenteuse demeure toutefois variable et influencée par les contraintes personnelles, sociales, économiques et contextuelles. Le partenariat ne supprime pas ces obstacles, mais semble permettre de mieux les identifier et de co-construire des objectifs compatibles avec la réalité du patient.

Ces résultats, issus d'une étude qualitative monocentrique, doivent être interprétés dans leur contexte. Des recherches menées auprès de populations et de milieux de soins plus diversifiés permettraient d'approfondir les liens entre partenariat, autonomie et adhésion thérapeutique non médicamenteuse.

Ainsi, l'évolution d'une logique de patient soigné vers celle de patient partenaire apparaît comme une orientation pertinente pour soutenir une prise en soin plus individualisée, collaborative et favorable à l'autogestion du DT2.

7. Références bibliographiques

1. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends: JEGH. 2019;10(1):107. doi:10.2991/jegh.k.191028.001
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11th Edition [Internet]. 2025 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: https://international-diabetes-federation.s3.eu-west-1.amazonaws.com/media/uploads/sites/3/2025/10/IDF_Diabetes_Atlas_11th_Edition_2025_WEB.pdf
3. L'Agence InterMutualiste (IMA). Diabète [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/fr-fr/atlas-aim/soins-groupes-cibles/diabete>
4. Hatipoglu B, Pronovost PJ. Role of Diabetes Self-management Education for Our Health Systems and Economy. J Clin Endocrinol Metab. 25 févr 2025;110(Supplement_2):S91-9. doi:10.1210/clinem/dgae913 PubMed PMID: 39998928.
5. Boonpattharatthiti K, Songkla PN, Chantara J, Koomsri C, Krass I, Chaiyakunapruk N, et al. Prevalence of adherence to oral antidiabetic drugs in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. J Diabetes Investig. nov 2024;15(11):1614-25. doi:10.1111/jdi.14285 PubMed PMID: 39133204; PubMed Central PMCID: PMC11527837.
6. Boutefnouchet L, Hoque B, Sukik L, Rahhal MO, Elhadary M, Hamdan A, et al. Level of adherence to physical activity recommendations among adults with type 2 diabetes in Qatar and associated factors: a cross-sectional study. BMC Public Health. 26 avr 2025;25(1):1553. doi:10.1186/s12889-025-22816-y
7. Abose S, Dassie GA, Megerso A, Charkos TG. Adherence to recommended diet among patients with diabetes mellitus type 2 on follow-up at Adama Hospital Medical College, Ethiopia. Front Med (Lausanne). 2024;11:1484071. doi:10.3389/fmed.2024.1484071 PubMed PMID: 39659624; PubMed Central PMCID: PMC11628244.

8. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé: Santé Publique. 18 mars 2015;S1(HS):41-50. doi:10.3917/spub.150.0041
9. Arrigoni A, Rossettini G, Palese A, Thacker M, Esteves JE. Exploring the role of therapeutic alliance and biobehavioural synchrony in musculoskeletal care: Insights from a qualitative study. Musculoskelet Sci Pract. oct 2024;73:103164. doi:10.1016/j.msksp.2024.103164 PubMed PMID: 39151365.
10. Yuan S, Murphy J. Partnership in nursing care: A concept analysis. Nurs Commun. 2019;3(1):21. doi:10.53388/TMRIN20181029
11. Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Del Grande C, Ghadiri DP, et al. The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. Academic Medicine. avr 2015;90(4):437-41. doi:10.1097/ACM.0000000000000603
12. Peimani M, Stewart AL, Garmaroudi G, Nasli-Esfahani E. Shared decision-making in type 2 diabetes: a systematic review of patients' preferences and healthcare providers' perspectives. BMC Health Serv Res. 7 janv 2025;25(1):39. doi:10.1186/s12913-024-12160-z PubMed PMID: 39773273; PubMed Central PMCID: PMC11705876.
13. Sanford R. Caring through Relation and Dialogue : A Nursing Perspective for Patient Education. Vol. 22. 2000;Advances in Nursing Science22(3):1-15.
14. OpenAI. ChatGPT [Internet]. Disponible sur: <https://chatgpt.com>
15. Ntebutse JG, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte: Recherche en soins infirmiers. 11 avr 2016;N° 124(1):29-30. doi:10.3917/rsi.124.0028
16. Denis J, Guillemette F, Luckerhoff J. Introduction : les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. Approches inductives. 2019;6(1):1. doi:10.7202/1060042ar

17. Qin W, Blanchette JE, Yoon M. Self-Efficacy and Diabetes Self-Management in Middle-Aged and Older Adults in the United States: A Systematic Review. *Diabetes Spectrum*. 1 nov 2020;33(4):315-23. doi:10.2337/ds19-0051
18. Pegdwendé Sawadogo H. 36. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. In: *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines* [Internet]. esbc; 2021 [cité 25 mars 2026]. Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
19. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*. janv 2022;292:114523. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114523
20. Pin C. L'entretien semi-directif. 2023.
21. Académie Royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique, Académie Royale de Médecine de Belgique, Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen en Kunsten, Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Code d'éthique de la recherche scientifique en Belgique [Internet]. Bruxelles: Politique scientifique fédérale (BELSPO); 2009 [cité 27 mars 2026]. Disponible sur: https://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Eth_code/ethcode_fr.pdf
22. Chan KS, Wan EYF, Chin WY, Cheng WHG, Ho MK, Yu EYT, et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*. déc 2021;22(1):145. doi:10.1186/s12875-021-01493-x
23. Lee JK, McCutcheon LRM, Fazel MT, Cooley JH, Slack MK. Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 1 févr 2021;4(2):e2036725. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36725 PubMed PMID: 33576817; PubMed Central PMCID: PMC7881360.
24. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the

American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. déc 2022;65(12):1925-66. doi:10.1007/s00125-022-05787-2

25. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2026. *Diabetes Care*. 1 janv 2026;49(Supplement_1):S89-131. doi:10.2337/dc26-S005 PubMed PMID: 41358898; PubMed Central PMCID: PMC12690188.
26. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*. 1 juill 2020;43(7):1636-49. doi:10.2337/dci20-0023
27. Ma L, Zhao WS, Wang R, Huo SS, Chu SY, Shi LH, et al. Effect of diabetes self-management education in type 2 diabetes management - a systematic umbrella review of meta-analysis. *BMC Endocr Disord*. 5 févr 2026;26(1):79. doi:10.1186/s12902-026-02183-4
28. Bilgin A, Muz G, Yuce GE. The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. sept 2022;105(9):2806-23. doi:10.1016/j.pec.2022.04.008

8. Annexes

8.1. Guide d'entretien infirmier

Introduction	Bonjour, Tout d'abord, merci beaucoup de participer à cette étude. Dans le cadre de mon mémoire de fin de master en sciences infirmières, je réalise une étude qualitative sur le partenariat entre les infirmières et les patients diabétiques et son influence sur l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non médicamenteuse. L'entretien vise à recueillir votre expérience et votre point de vue sur ce sujet. Toutes vos réponses resteront anonymes et confidentielles. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment. L'entretien est enregistré avec votre accord uniquement. Êtes-vous d'accord avec cet enregistrement ?
Présentation	Pouvez-vous vous présenter brièvement (formation, formation en diabétologie, parcours professionnel, expérience en diabétologie) ? Depuis combien de temps travaillez-vous avec des patients diabétiques ? Pour commencer, pouvez-vous me raconter comment se déroule généralement l'accompagnement d'un patient diabétique lors d'une consultation avec vous ? Comment s'organise le suivi des patients diabétiques dans votre service (fréquence des consultations, type de suivi, éducation thérapeutique, etc.) ?

Pratiques professionnelles et approche éducative	Pouvez-vous décrire votre rôle lors des consultations diabétologiques ? Si je vous dis « éducation thérapeutique », qu’entendez-vous par là ? Si je vous dis « accompagnement comportemental », qu’entendez-vous par là ? Quelle place accordez-vous à l’éducation thérapeutique et à l’accompagnement comportemental ? Pouvez-vous m’expliquer comment vous adaptez votre accompagnement selon le profil des patients ? Qu’est-ce qui fait que vous trouvez important de faire cette adaptation ?
Relation partenariale avec le patient	Que signifie pour vous « approche partenariale en santé » ? Comment cela se traduit-il concrètement dans votre pratique quotidienne ? Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez eu le sentiment de vraiment travailler en partenariat avec un patient ? Qu’est-ce qui a rendu ce moment possible ? Dans votre pratique, arrive-t-il que vous adaptiez votre approche pour certains patients qui rencontrent plus de difficultés ? Pouvez-vous m’expliquer comment ? Pouvez-vous me donner un exemple concret ? Selon vous, quels sont les principaux freins et les éléments qui facilitent le développement d’une relation de partenariat avec les patients diabétiques ? Pensez-vous que votre pratique s’inscrit dans une approche de partenariat avec le patient ? Expliquez pourquoi !

	Selon vous, en quoi cette approche influence-t-elle votre manière de travailler ou votre vision du rôle infirmier ? Est-ce que cette approche modifie votre relation avec les patients ?
Autonomie et adhésion thérapeutique des patients	Comment observez-vous et évaluez-vous l'autonomie de vos patients dans la gestion quotidienne du diabète (alimentation, activité, glycémie) ? Utilisez-vous des outils pour cela ? Quels signes ou éléments vous permettent de dire qu'un patient est motivé ? Dans le discours du patient, qu'est-ce qui vous fait percevoir cette motivation ? Pouvez-vous donner un exemple ? Comment essayez-vous de susciter ou renforcer la motivation du patient lors des consultations ? Est-ce que certaines stratégies fonctionnent mieux que d'autres ? Pouvez-vous me donner un exemple concret ? Quels signes vous permettent de dire qu'un patient est autonome ou engagé dans la gestion de son diabète ? Qu'est-ce qui, selon vous, freine la motivation ou l'adhésion des patients malgré vos efforts ? Comment réagissez-vous quand un patient n'est pas autonome ou n'adhère pas aux recommandations ? Selon vous, l'entourage du patient (famille, conjoint, proches) joue-t-il un rôle dans la motivation ou l'adhésion du patient à la gestion de son diabète ? Dans quel sens ?

	Pouvez-vous me donner un exemple ? Cela peut-il parfois être un frein ? Lorsque les patients viennent accompagnés en consultation, est-ce que cela influence la manière dont vous travaillez avec eux ? L'entourage du patient (famille, conjoint, proches) est-il parfois impliqué dans les consultations ou dans l'accompagnement du patient ? Si oui, quel rôle joue-t-il selon vous ?
Collaboration interdisciplinaire et conditions de mise en œuvre	Avec quels professionnels travaillez-vous en collaboration pour soutenir cette approche, et quel rôle joue chacun dans cette collaboration ? Comment se passe concrètement cette collaboration ? Est-ce que cette collaboration influence la relation que vous avez avec le patient ? Quelles sont selon vous les répercussions sur le patient de cette collaboration interdisciplinaire ? Pouvez-vous me donner un exemple concret ? Quels sont les éléments organisationnels ou institutionnels qui favorisent ou freinent le partenariat ?
Représentations et perspectives	Selon vous, en quoi le partenariat avec le patient influence-t-il la posture ou le rôle de l'infirmier.ère ? Selon vous, quelles compétences ou formations seraient nécessaires pour renforcer cette approche dans les soins diabétologiques ?

	Quelles pistes d'amélioration souhaiteriez-vous proposer pour le futur ? Y a-t-il un message que vous aimeriez faire passer sur la place de l'infirmier.ère dans le partenariat avec le patient diabétique ?
Conclusion	Merci pour ce partage d'expérience. Vos réflexions permettront de mieux comprendre comment les infirmiers.ères perçoivent et mettent en œuvre l'approche partenariale en santé, et comment celle-ci peut influencer l'autonomie et l'adhésion des patients diabétiques. Souhaitez-vous ajouter un dernier commentaire ou une recommandation sur le sujet ?

8.2. Guide d'entretien patient

Introduction	Bonjour, Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre votre expérience du suivi diabétologique et de la relation que vous entretenez avec votre infirmier.ère, qu'il/elle soit spécialisé.e en diabétologie ou non. Il ne s'agit pas d'une évaluation, mais d'un échange sur votre vécu personnel. Toutes vos réponses resteront confidentielles et anonymes. Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment sans conséquence sur votre suivi de soins. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré afin d'assurer une retranscription fidèle de vos propos.
---------------------	---

Expérience du diabète et du suivi infirmier	Quand votre diabète de type 2 a-t-il été diagnostiqué ? Pouvez-vous me parler de votre parcours depuis le diagnostic du diabète ? Depuis combien de temps êtes-vous suivi pour votre diabète ? À quelle fréquence rencontrez-vous l'infirmier-ère pour votre suivi diabétologique ? Pouvez-vous m'expliquer comment se déroulent vos consultations avec l'infirmier-ère en diabétologie en général ? Y a-t-il des moments où vous avez ressenti des difficultés particulières ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer ? Qu'est-ce qui vous aide à gérer votre diabète au quotidien ? Qu'est-ce qui vous freine dans la gestion de votre diabète au quotidien ?
Relation avec l'infirmière	Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule la communication avec votre infirmier-ère lors des consultations ? Pouvez-vous me donner un exemple récent d'un échange qui s'est bien (ou mal) passé ? Qu'est-ce qui facilite, selon vous, une bonne communication avec votre infirmier-ère ? Y a-t-il des moments où la communication est plus difficile ? Si oui, lesquels ? Pouvez-vous me décrire comment vos idées, vos préférences ou vos besoins sont pris en compte dans votre prise en soin ? Est-ce que vous vous sentez écouté.e ou compris.e lors de ces échanges ? Qu'est-ce qui vous fait répondre oui ou non ? Quels sont les éléments qui font que vous vous sentez écouté.e ou non ?

	Lors des consultations, avez-vous l'impression de participer aux décisions concernant votre prise en soin ou votre gestion du diabète ? Pouvez-vous me donner un exemple où vous avez participé activement à une décision concernant votre traitement ou votre mode de vie ? Pouvez-vous me donner un exemple ? Est-ce que vous avez déjà refusé ou adapté une recommandation ?
Autonomie dans la gestion du diabète	Que signifie pour vous « être autonome » dans la gestion de votre diabète ? Pouvez-vous m'expliquer comment vous gérez votre traitement ou vos habitudes au quotidien ? Quels aspects de votre traitement ou de vos habitudes arrivez-vous à gérer seul.e ? Et lesquels nécessitent encore une aide extérieure ? Quelles facilités rencontrez-vous quand vous devez gérer votre traitement ou vos habitudes par vous-même ? Qu'est-ce qui vous aide à être autonome dans vos soins ? Qu'est-ce qui vous aide le plus à gérer votre diabète au quotidien ? Comment réagissez-vous quand vous devez faire face à une situation nouvelle ou imprévue liée à votre traitement ? Pensez-vous que votre autonomie (votre manière de vous occuper de votre diabète vous-même) a évolué depuis le début de votre suivi ? Si oui, comment ? Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la gestion quotidienne de votre diabète ? Qu'est-ce qui fait que vous vous sentez soutenu.e dans votre parcours de soins ?

	Pouvez-vous me décrire les situations où vous vous sentez particulièrement soutenu.e ou, au contraire, un peu seul.e ? De quoi auriez-vous besoin pour vous sentir davantage accompagné.e ou conseillé.e ? Quelles formes de soutien (écoute, conseils, présence, informations, etc.) vous paraissent les plus importantes ? Pouvez-vous me donner un exemple d'un moment où vous vous êtes senti.e bien soutenu.e ? Et un autre où vous auriez aimé l'être davantage ? Est-ce que votre entourage (famille, conjoint, proches) joue un rôle dans la gestion de votre diabète ? Si oui, lequel ?
Adhésion thérapeutique non médicamenteuse	Comment gérez-vous les aspects non médicamenteux de votre traitement (alimentation, activité physique, surveillance du taux de sucre, etc.) ? Qu'est-ce que les infirmières conseillent en ce qui concerne le sport, l'alimentation, le suivi glycémique, etc. ? Est-ce que vous respectez ces consignes ? Expliquez ! Qu'est-ce qui rend ces changements faciles ou difficiles à appliquer ? Qu'est-ce qui vous motive à maintenir ces changements au quotidien ? Quelles stratégies mettez-vous en place quand la motivation baisse ? De quelle manière l'infirmier.ère influence-t-il/elle votre motivation ou votre engagement lors des consultations ? Y a-t-il des attitudes, des paroles ou des gestes de l'infirmier.ère qui vous encouragent particulièrement ? Comment ressentez-vous le soutien ou l'implication de l'infirmier.ère dans votre parcours ?

	Pouvez-vous me donner un exemple d'un moment où l'infirmier.ère a contribué à renforcer votre engagement ?
Partenariat et co-construction des soins	Si je vous dis « partenariat », qu'entendez-vous par là ? Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? Pouvez-vous m'expliquer comment vous vous sentez impliqué.e dans vos soins lors des consultations ? Comment décririez-vous votre façon de travailler avec l'infirmier.ère ? Diriez-vous que vous travaillez « en partenariat » avec votre infirmier.ère ? Qu'est-ce qui fait que vous avez ce sentiment (ou non) ? Que pourrait-on améliorer pour que ce partenariat soit encore plus efficace ?
Conclusion	Merci beaucoup pour le temps que vous avez consacré à cet échange. Vos réponses sont très précieuses et contribueront à mieux comprendre la manière dont les patients vivent le partenariat en santé et l'accompagnement infirmier. Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant de clôturer l'entretien ?

8.3. Approbation du comité d'éthique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 5 février 2026

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Elisa BRULS
SCIENCES INFIRMIERES
ULIEGE

Cher Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

"Ancien titre : Comment l'approche partenariale en santé influence-t-elle l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ?

Nouveau titre : Pensez-vous qu'une approche partenariale en santé puisse influencer l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ? Si oui, comment"

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1^{er} patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
 - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
 - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
 - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
 - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
 - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
 - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : ethique@chuliege.be

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).
- Le protocole sera enregistré dans la base de données ClinicalTrials.org avant le démarrage

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Elisa BRULS
SCIENCES INFIRMIERES
ULIEGE

Concerne : Votre demande d'avis au Comité d'Ethique

Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000166 ; Notre réf : 2025/570

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"Ancien titre : Comment l'approche partenariale en santé influence-t-elle l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ?

Nouveau titre : Pensez-vous qu'une approche partenariale en santé puisse influencer l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ? Si oui, comment"

Sous réserve de la signature de la convention par toutes les parties concernées.

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Copie au Promoteur : ULiège

Copie à la Direction de l'AFMPS

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : ethique@chuliege.be

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE
(707)

Approbation d'une demande d'étude clinique
Approval form for a clinical trial

Documents examinés et approuvés

Année et nr Dossier : 2025-570
Service de : SCIENCES INFIRMIERES
Chef de Service : Prof. A-F. DONNEAU
Investigateur principal : Elisa BRULS
Promoteur : ULiège
Représentant légal du promoteur dans l'Union européenne (lorsque le promoteur n'est pas établi dans l'UE) _____
N° EudraCT ou N° belge : B7072025000166
Titre du projet : (en version originale) Ancien titre : Comment l'approche partenariale en santé influence-t-elle l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmiers.ères ?
Nouveau titre : Pensez-vous qu'une approche partenariale en santé puisse influencer l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmiers.ères ? Si oui, comment

Liste des documents approuvés			
Demande d'avis "Loi 7 mai 2004"	27/11/2025		
Protocole complet	Version 2		30/12/2025
Résumé du protocole en Français	Version 1		03/12/2025
Attestation assurance	Ethias		02/02/2026
FIC destiné à	Patients Soignants	version 2	30/12/2025
CV de l'investigateur principal	E. Bruls		
GCP de l'investigateur principal	E. Bruls		16/10/2025
Questionnaires	Guide d'entretien		

Notre Dossier nr : *Our File nr : 2025 / 570*

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)
Approval form for a clinical trial (following page)

Protocole

Ancien titre : Comment l'approche partenariale en santé influence-t-elle l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ?

Nouveau titre : Pensez-vous qu'une approche partenariale en santé puisse influencer l'autonomie et l'adhésion thérapeutique non-médicamenteuse des patients atteints de diabète de type 2 lors des consultations diabétologiques infirmières ? Si oui, comment.

Service de :
Clinical unit

SCIENCES INFIRMIERES

Chef de Service :
Director of the clinical unit

Prof. A-F. DONNEAU

Expérimentateur principal :
Principal investigator

Elisa BRULS

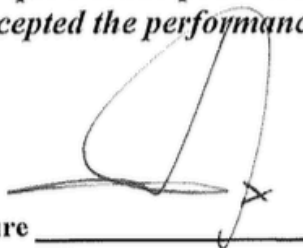
Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :
By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :

Oui/Yes Non/No

■ **estime que l'étude peut être réalisée**
has accepted the performance of the study

☒☐

Signature
Signature



Nom : Prof. D. LEDOUX Président
Printed name :

Date, Date :

05/02/2026

The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.
This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur **Didier LEDOUX** **Président**
Intensiviste, CHU

Monsieur le Docteur **Etienne BAUDOUX** **Vice-Président**
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

Monsieur le Docteur **Guy DAENEN** **Vice-Président**
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET** **Vice-Président**
Généraliste, membre extérieur au CHU

Monsieur **Resmi AGIRMAN**
Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU

Madame **Viviane DESSOUROUX**
Représentante des patients, membre extérieure au CHU

Madame **Régine HARDY** / Madame la Professeure **Adélaïde BLAVIER** (suppléante)
Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU

Madame **Céline KEMPENEERS**
Pédiatre, CHU

Madame **Sophie KESSELER**
Infirmière, CHU

Monsieur le Professeur **Maurice LAMY**
Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU

Madame **Marie LIEBEN**
Philosophe, membre extérieure au CHU

Monsieur **Jacques LOMBET**
Pédiatre, Citadelle

Madame **Patricia MODANESE**
Infirmière cheffe d'unité, CHU

Madame la Professeure **Anne-Simone PARENT**
Pédiatre, CHU

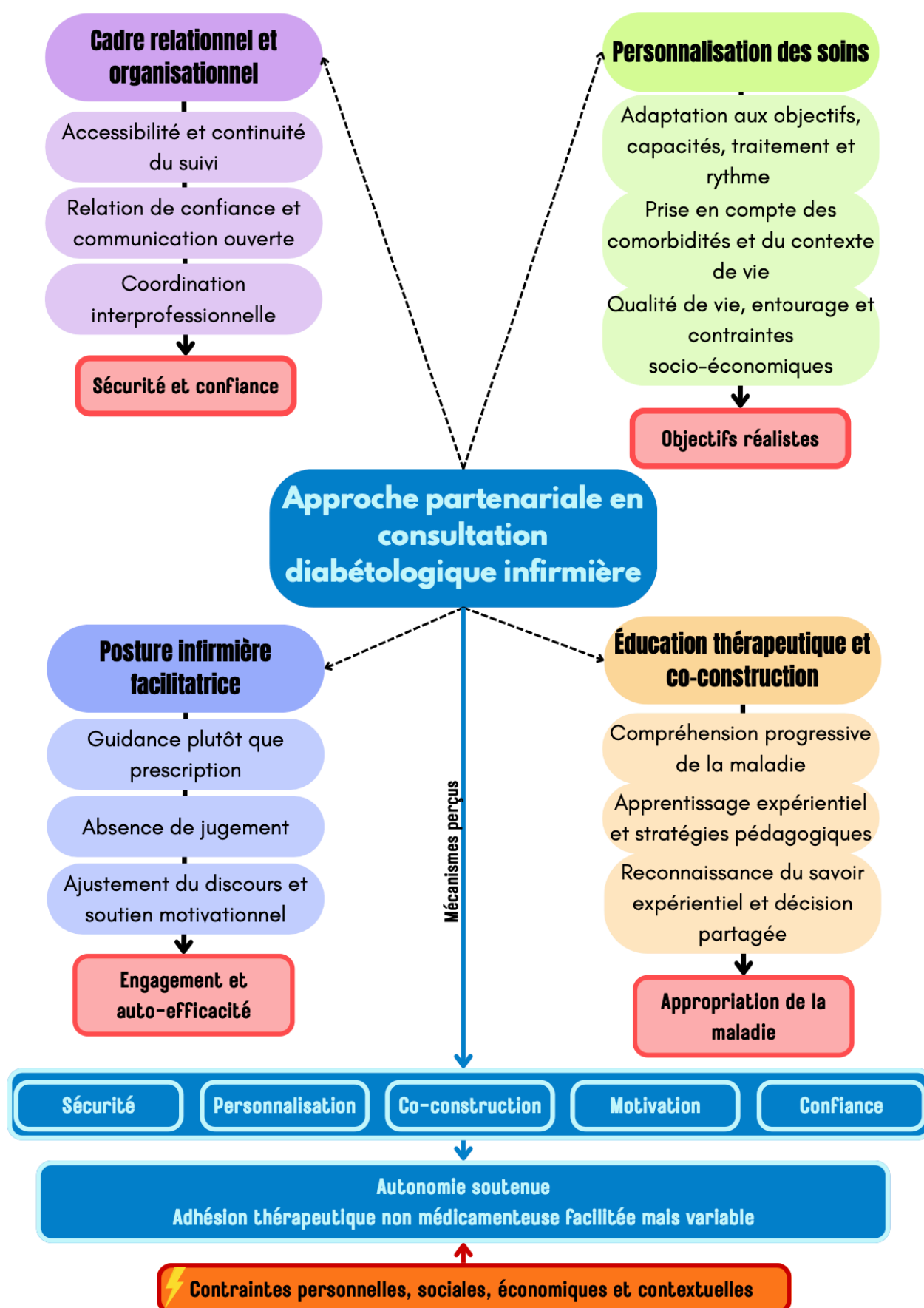
Monsieur **Stéphane ROBIDA**
Juriste, membre extérieur au CHU

Madame **Isabelle ROLAND**
Pharmacienne, CHU

Madame la Docteure **Isabelle RUTTEN**
Radiothérapeute, membre extérieure au CHU

Monsieur le Professeur **Vincent SEUTIN**
Pharmacologue, membre extérieur au CHU

8.4. Représentation graphique des résultats obtenus



8.5. Engagement de non-plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom.....BRÜLS Elisa.....
Matricule étudiant :52404993.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le04.06.2026

Signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Brülls', with a large, sweeping horizontal stroke underneath.