



HAL
open science

Evaluation de la transmission des informations par la Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy : enquête auprès des médecins généralistes

Mélanie Bouche-Henriot

► **To cite this version:**

Mélanie Bouche-Henriot. Evaluation de la transmission des informations par la Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy : enquête auprès des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01731871

HAL Id: hal-01731871

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731871>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2014

N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mélanie BOUCHE - HENRIOT

Le 22 Janvier 2014

**Evaluation de la transmission des informations par la Maison du Diabète et
de la Nutrition de Nancy : enquête auprès des médecins généralistes**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER

Président

M. le Professeur Yves JUILLIERE

Juge

M. le Professeur Bruno GUERCI

Juge

M. le Dr Jean-Jacques ANTOINE

Juge

M. le Dr Philip BÖHME

Juge

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
 Pierre BEY - Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN
 Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE
 Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
 Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
 Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT
 Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
 Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ
 Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
 VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
 Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD
 Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER
 Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
 Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ
Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

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

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

Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER - Professeur Didier QUILLIOT

Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

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

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

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER - Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER - Professeure Eliane ALBUSSON

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

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

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

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

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER

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

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

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

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE - Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ - Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

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

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

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL - Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN - Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT - Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER - Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

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

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Thierry HAUMONT - Docteure Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI - Docteure Chantal KOHLER

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

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSSEL - Docteure Silvia VARECHOVA

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Véronique VENARD - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Corentine ALAUZET

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

Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE - Docteure Céline BONNET

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

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

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

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteure Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS

Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER

Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

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

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier Ziegler,

Professeur de Nutrition,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Mr le Professeur Yves Juilliere,

Professeur de Cardiologie et Maladies vasculaires,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bruno Guerci,

Professeur d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Jean-Jacques Antoine,

Docteur en Médecine générale,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui. Apprendre la médecine générale à vos côtés a été une chance et un honneur. Merci pour votre confiance et la richesse de votre enseignement. Vous m'avez permis de découvrir la médecine telle que j'aimerais la pratiquer.

Au Docteur Philip Böhme,

Docteur en Diabétologie,

Vous êtes à l'origine de ce travail. Vous en avez dirigé l'élaboration jusqu'à son terme. Pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A mes parents,

Enfin je termine mes études. Même si ça n'a pas été tous les jours faciles, je savais où étaient mes repères...

« Papy », parfois la vie fait que les rôles s'inversent mais n'oublie pas que tu n'es pas tout seul et tu pourras toujours compter sur moi.

A mes sœurs,

On est toutes différentes mais c'est ce que j'aime chez nous.

Steph, merci pour ta bonne humeur et ta joie de vivre que tu sais si bien transmettre.

Débo, même si tu es un peu loin, c'est toujours un plaisir de se retrouver.

Hélène, merci pour ton aide dans la rédaction de cette thèse et pour toutes les autres fois....

Merci à mes beaux-frères grâce à qui la famille s'agrandit!

A Mika,

Merci pour ton aide précieuse pour ce travail. Après le mariage, j'attends la suite avec impatience et j'espère que je vais te donner le « meilleur de **nous-mêmes** ».

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie dans votre tribu. Je suis heureuse de faire désormais partie du club des « victimes (pas si victimes que ça) des Henriot » !

A ma mimi,

Que dire après tant d'années passées ensemble... Tu as partagé tous les grands moments de ma vie et même si parfois je n'étais pas trop disponible, notre amitié ne s'est jamais altérée. Je suis fière de toi. Et comme dit la chanson « même si tu as des problèmes, tu sais que je t'aime ça t'aidera..... »

A Edwina,

Nos petits débriefings du soir sont toujours un plaisir. Merci pour tes conseils si précieux.

A Aurore et Damia,

Je suis si fière de vous. Vous êtes toujours optimistes et de bonne humeur. Une vraie bouffée d'air frais ! Vivement notre prochain petit rendez-vous entre filles !

Aux belles rencontres de l'internat : Céline, Dorine, Séverine et Marianne (merci encore pour votre relecture et vos encouragements !) Violaine, Kaci et Damien... C'est grâce à vous que les études prennent un côté bien plus sympa !

Aux amies d'enfance : Aurélie, Prisci, Marielle, Laetitia et tous les autres...
Merci pour tous les souvenirs que nous partageons et à tous les autres à venir !

A Mr Doumail et l'équipe de la MDN,
Merci pour votre disponibilité et votre réactivité quant à mes nombreuses sollicitations.

A Mme Germain,
Merci pour votre aide « méthodologique » et vos précieux conseils.

Aux médecins qui ont participé à cette étude et sans qui ce travail n'existerait pas. Merci beaucoup pour votre contribution.

Aux médecins qui m'ont appris et fait aimer la médecine : Dr Lamouille, Dr Poyeton, Dr Thomas, Dr Antoine et Dr Carayon.

Aux patients qui font que j'aime mon métier et grâce à qui j'apprends tous les jours.

SERMENT

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	8
SERMENT	15
SOMMAIRE.....	16
LISTE DES ABREVIATIONS.....	19
1 INTRODUCTION.....	21
2 PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ETP.....	22
2.1 Le diabète en quelques chiffres.....	22
2.1.1 Définitions.....	22
2.1.2 Complications.....	23
2.1.3 Traitement pharmacologique.....	24
2.1.4 Suivi du patient diabétique.....	26
2.1.5 Epidémiologie.....	28
2.1.6 Une meilleure prise en charge du diabète mais des efforts à poursuivre (résultats de l'étude ENTRED).....	30
2.2 L'éducation thérapeutique.....	34
2.2.1 Définition.....	34
2.2.2 Intérêt.....	37
2.3 Les réseaux : une aide au développement de l'ETP.....	41
2.3.1 Définition des réseaux.....	41
2.3.2 Un impact positif démontré.....	42
2.3.3 La MDN 54.....	43
3 DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	46
3.1 Justification de notre thèse.....	46
3.2 Matériels et méthodes.....	47
3.2.1 Justification du choix de la méthode.....	47
3.2.2 Enquête de satisfaction.....	47
3.2.3 Focus group.....	49
3.3 Résultats.....	53
3.3.1 Enquête de satisfaction.....	53
3.3.2 Focus group.....	68

4	TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....	88
4.1	Validité de l'étude.....	89
4.1.1	Force de la méthode.....	89
4.1.2	Faiblesse de la méthode.....	89
4.2	L'implication des médecins généralistes.....	90
4.3	Satisfaction par rapport à la MDN.....	92
4.3.1	Des médecins satisfaits.....	92
4.3.2	Des patients satisfaits.....	93
4.4	La fiche de bilan annuel diabète.....	94
4.4.1	Des médecins satisfaits mais des améliorations possibles.....	94
4.4.2	Les critères de suivi du patients diabétique.....	94
4.4.3	Une fiche informatisée, interfacée avec le logiciel médecin.....	99
4.5	La fiche de suivi du patient obèse non diabétique.....	99
4.5.1	Données cliniques générales.....	100
4.5.2	Hospitalisation.....	100
4.5.3	Facteurs de risque cardio-vasculaire.....	101
4.5.4	Résultats biologiques.....	101
4.5.5	Pathologie cardio-vasculaire et respiratoire.....	102
4.5.6	Indicateurs de suivi annuel.....	103
4.5.7	Fréquence de la fiche de suivi patient obèse.....	103
4.5.8	Propositions faites dans l'enquête de satisfaction.....	103
4.5.9	Pathologies ostéo-articulaires.....	103
4.6	Les comptes-rendus d'ETP.....	104
4.6.1	Enquête de satisfaction.....	104
4.6.2	Focus group.....	104
4.7	Difficultés au développement de l'ETP en ville.....	106
4.7.1	Former les médecins à la pratique de l'ETP.....	107
4.7.2	Difficultés à intégrer l'ETP à la consultation.....	108
4.7.3	Comment rémunérer l'ETP ?.....	109
4.7.4	Une réorganisation de l'offre de soins.....	110
4.7.5	Difficultés à motiver les patients.....	114
4.8	Améliorer la collaboration interprofessionnelle.....	117
4.8.1	Avec la MDN.....	117

	4.8.2	Entre les réseaux.....	119
	4.8.3	Entre les professionnels de santé.....	122
	4.9	Propositions d'amélioration	123
5		CONCLUSION.....	124
6		ANNEXES	125
	6.1	Annexe n°1 : Exemple de diagnostic éducatif	125
	6.2	Annexe n°2 : Exemple de bilan d'évaluation	127
	6.3	Annexe n°3 : Fiche de bilan annuel diabète	130
	6.4	Annexe n°4 : Questionnaire enquête de satisfaction	131
	6.5	Annexe n°5 : Fiche de bilan annuel diabète (retravaillée par la MDN)	135
	6.6	Annexe n°6 : Fiche de bilan obésité (proposée par la MDN)	136
	6.7	Annexe n°7 : Analyse descriptive des données (logiciel SAS version 9.3)	137
	6.8	Annexe n°8 : Retranscription complète du focus group	141
	6.9	Annexe n°9 : Fiche bilan annuel diabète proposée après notre étude	185
	6.10	Annexe n°10 : Fiche bilan annuel obésité proposée après notre étude	186
	6.11	Annexe n°11 : Diagnostic éducatif proposé suite à notre étude	187
	6.12	Annexe n°12 : Bilan d'évaluation proposé suite à notre étude.....	189
7		BIBLIOGRAPHIE.....	191

LISTE DES ABREVIATIONS

ADA	American Diabetes Association
ADO	antidiabétiques oraux
AFD	Association Française des Diabétiques
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affections Longues Durée
ALFEDIAM	Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANCRED	Association nationale de coordination des réseaux diabète
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAPi	Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DAWN	Diabetes Attitudes Wishes and Needs
DMP	Dossier Médicale Partagé
DOM	Départements d'Outre-Mer
DT1	: Diabète de Type 1
DT2	: Diabète de Type 2
EAL	Exploration d'une Anomalie Lipidique
EASD	European Association for the Study of Diabete
EDUDORA	Éducation thérapeutique et préventive face au diabète et à l'obésité à risque chez l'adulte et l'adolescent):
ENMR	Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération
ENTRED	Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FDR	facteur de risque
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HCSP	Haut conseil pour la santé publique
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire

IDPP4 Inhibiteurs de la DDP4
IDF International Diabetes Federation
IMC Indice de Masse Corporelle
INPES l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPS Index de Pression Systolique
IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LMD Licence-Maîtrise-Doctorat
LORDIAMN Fédération lorraine des réseaux et structures spécialisées dans la coordination des soins, l'éducation thérapeutique du patient et la formation pour le diabète, l'obésité, les maladies métaboliques et la nutrition
MDE Maison du diabète d'Epinal
MDN 54 Maison du Diabète et de la Nutrition
MSP Maisons de Santé Pluri-professionnelles
NASH Stéato-Hépatite Non Alcoolique
OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
OPHDIAT OPhtalmo-Diabète-Télémédecine
PNNS Programme National Nutrition Santé
ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RR Réseaux de santé Régionaux
RT Réseaux de santé Territoriaux
SAOS Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil
SFC Société Française de Cardiologie
SFD Société française de diabétologie
UKPDS United Kingdom Prospective Diabetes Study
URCAM Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
URML Union régionale des médecins libéraux

1 INTRODUCTION

La France comptera bientôt quatre millions de diabétiques, en majorité de type 2. Cette épidémie (en lien étroit avec celle de l'obésité) progresse donc en France comme dans le monde jusqu'à constituer un véritable enjeu de santé publique.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est aujourd'hui considérée comme un axe majeur de la prise en charge des patients diabétiques. Son objectif est de développer des compétences d'auto-soins et d'adaptation chez le patient afin de l'autonomiser dans la gestion de sa maladie et ainsi prévenir l'apparition de complications et améliorer sa qualité de vie.

Le système de santé s'organise pour permettre au plus grand nombre d'accéder aux programmes d'ETP. Les réseaux de soins tels que la Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy (MDN 54), font partie des moyens de développement d'une ETP de proximité.

On sait que le succès d'un réseau passe par une bonne communication et que l'ETP doit rester en lien étroit avec le médecin traitant. Partant de ce constat, la MDN a décidé de d'évaluer ses outils de correspondance avec les principaux usagers que sont les médecins traitants.

Après un bref état des lieux sur le diabète, l'ETP et les réseaux de soins, nous proposons une étude qualitative et quantitative concernant le fonctionnement de la MDN et sa communication. Pour cela, nous avons interrogé les médecins adhérents au réseau.

2 PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ETP

2.1 Le diabète en quelques chiffres

2.1.1 Définitions

Le diabète est une affection métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique liée à une déficience, soit de la sécrétion de l'insuline, soit de l'action de l'insuline, soit des deux. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [1], le diabète est défini par soit :

- Une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises.
- La présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l).
- Une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose (critères proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé OMS).

Le diabète de type 1 (DT1) est causé par la destruction des cellules bêta du pancréas, d'où l'incapacité de la personne atteinte à sécréter de l'insuline. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes. Au-delà de 18 ans, le DT1 représentait un peu plus de 5,6 % des cas de diabète (traité pharmacologiquement en 2007 en métropole) [2].

Le diabète de type 2 (DT2) est la forme la plus fréquente du diabète. Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline, l'une ou l'autre de ces deux caractéristiques pouvant dominer à un degré variable. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes mais peut apparaître également dès l'adolescence. Chez les adultes, le DT2 représentait un peu plus de 91,9 % des cas de diabète (traité pharmacologiquement en 2007 en métropole) [2]. L'excès de poids est le principal FDR modifiable du DT2 [3][4]. Rappelons que l'on parle de surpoids lorsque l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est ≥ 25 et d'obésité pour un IMC ≥ 30 [5]. Il existe différents stades d'obésité (modérée pour un IMC entre 30 et 35, sévère si l'IMC se situe entre 35 et 40 et morbide si l'IMC est supérieur à 40).

Il existe d'autres formes de diabète, comme le diabète gestationnel ou des cas de diabète résultant de conditions spécifiques ou génétiques (diabètes secondaires à la prise de corticoïdes, à une pancréatite, à une hémochromatose, à une mucoviscidose, diabète correspondant à une forme génétique identifiée de type Mody...). Chez les adultes, ces autres formes de diabète représentaient moins de 2,5 % des cas de diabète (traité pharmacologiquement en 2007 en métropole) [2].

Nous ne parlerons ici que du DT2.

2.1.2 Complications

Le DT2 est une maladie qui reste longtemps silencieuse. La phase d'évolution asymptomatique est de 9 à 12 ans, période pendant laquelle des complications peuvent déjà apparaître [6].

On distingue 2 grands types de complications :

➤ **La macro angiopathie :**

Elle peut se manifester par une coronaropathie, une artériopathie des membres inférieurs, ou une atteinte vasculaire cérébrale. On estime que la présence du diabète augmente de 2 à 4 fois le risque de survenue d'une maladie cardio-vasculaire [7]. A titre d'exemple, l'étude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) 2007 rapporte que plus de 20 % des patients diabétiques présentent une atteinte coronarienne [8].

➤ **La micro angiopathie :**

- La rétinopathie diabétique constitue la première cause de cécité dans les pays industrialisés avant 65 ans. En 2007, 3.9% des personnes diabétiques déclarent avoir perdu la vue d'un œil et 16.6% subissent un traitement ophtalmique par laser [9].

- La néphropathie diabétique figure parmi les principales causes d'insuffisance rénale. Chaque année en France, 3000 personnes diabétiques débutent la dialyse [10].

- La neuropathie peut toucher l'ensemble des nerfs de l'organisme, ce qui explique son polymorphisme clinique. Sa forme la plus fréquente est la polyneuropathie distale, bilatérale et symétrique. Elle touche les membres inférieurs et entraîne une perte de la sensibilité avec perte de l'alerte douloureuse. On estime que la présence d'une neuropathie multiplie par 7 le risque d'une lésion du pied [11].

- Le mal perforant plantaire : il s'agit d'une complication grave pouvant aller jusqu'à l'amputation. Les 2 principaux mécanismes à l'origine de ces lésions sont la

neuropathie et l'artériopathie [12]. En 2003, on estimait que le taux d'amputation du membre inférieur était 14 fois supérieur chez les personnes diabétiques par rapport aux non diabétiques [13].

- Le risque général de décès chez le diabétique est au minimum 2 fois plus important que chez les non diabétiques [14]. La part de décès liés au diabète dans la mortalité générale a augmenté de 2001 (5,5%) à 2006 (6.1%) [15]. Ainsi, l'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la 7^{ème} cause de décès dans le monde [14].

2.1.3 Traitement pharmacologique

Les mesure hygiéno-diététiques et l'ETP restent à la base du traitement du DT2 et doivent être maintenues tout au long du suivi du patient.

L'objectif des traitements est de prévenir les différentes complications en obtenant un bon contrôle glycémique. En effet, l'étude UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) a montré qu'une baisse de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) de 0,9% sur 10 ans était corrélée avec une baisse significative de l'incidence des différentes complications du diabète [16].

La publication récente de grands essais cliniques testant et comparant plusieurs stratégies thérapeutiques, non seulement en termes de contrôle glycémique, mais aussi de morbi-mortalité cardio-vasculaire, a abouti à l'émergence d'une controverse à propos de la valeur cible d'HbA1c à atteindre [17]. Le choix et les objectifs du traitement médicamenteux doivent être adaptés en fonction du patient (âge, ancienneté du diabète, situations particulières, risque hypoglycémique). Pour la plupart des patients diabétiques de type 2, une cible d'HbA1c inférieure ou égale à 7 % est recommandée. Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est supérieure à 7 % [1]. Toutefois, ces règles générales ne sont qu'indicatives et chaque soigné présente des caractéristiques propres qu'il faut prendre en compte de façon à optimiser individuellement le traitement en veillant au meilleur rapport « bénéfices/risques ».

2.1.3.1 Les traitements hypoglycémiant

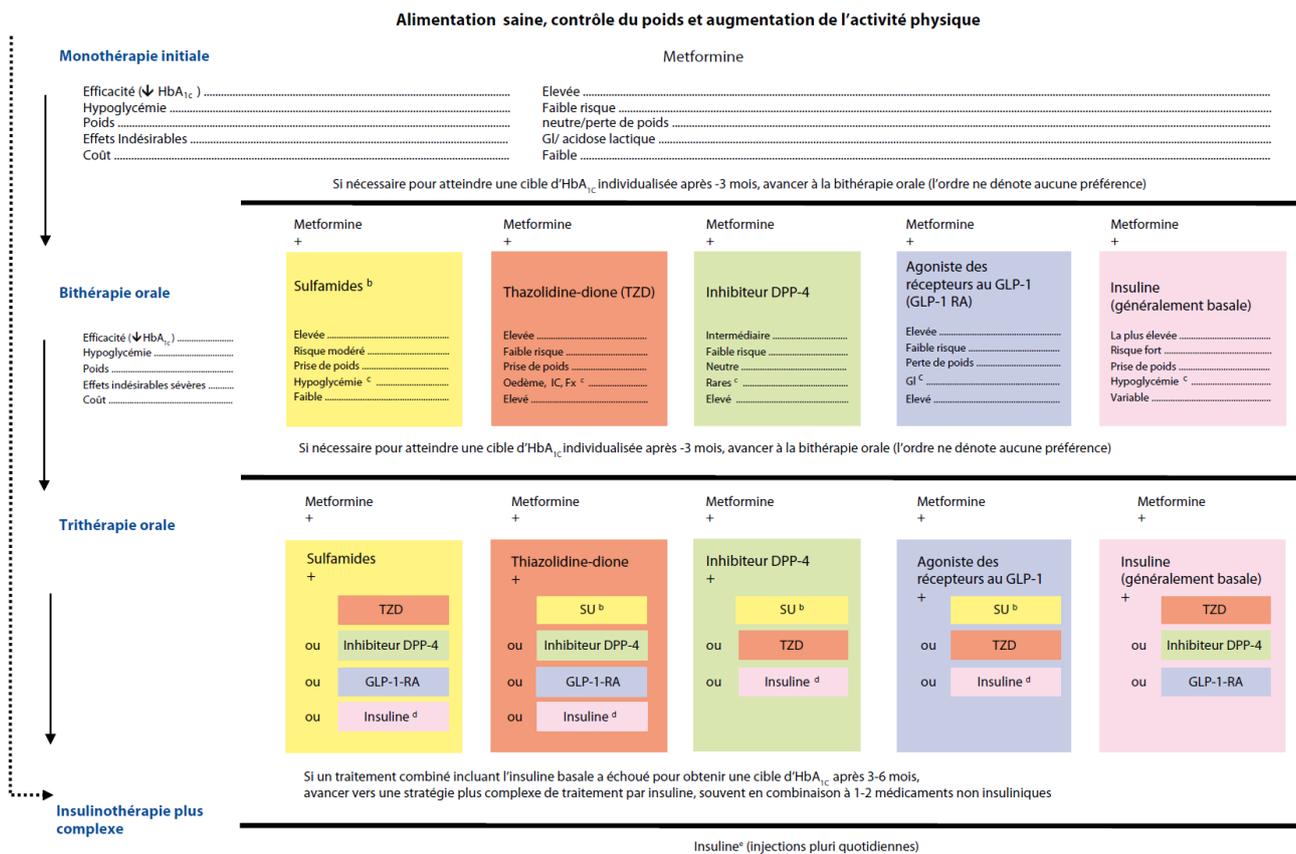
La stratégie médicamenteuse repose sur les recommandations suivantes [1] :

- La metformine est le médicament de première intention en monothérapie ;
- L'association metformine + sulfamide est la bithérapie à privilégier ;
- La trithérapie à privilégier doit comprendre au moins metformine + sulfamide hypoglycémiant ;

- L'insuline est le traitement de choix lorsque les traitements oraux et non insuliniques ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique.

Le consensus ADA/EASD (American Diabetes Association /European Association for the Study of Diabetes) [18] met à la disposition du médecin de soins primaires, non spécialiste du diabète, un guide pratique, régulièrement réévalué, fondé sur des preuves cliniques et tenant compte des coûts, afin de l'aider dans ses choix thérapeutiques. Il n'a cependant pas pour vocation de se substituer aux recommandations officielles et ne saurait constituer un dogme absolu. Les recommandations sur l'utilisation des médicaments anti-hyperglycémiant du DT2 émises par l'ADA/EASD en 2012 sont moins directives que les précédentes et ne contiennent pas d'algorithme comme auparavant. Cela est dû à un manque global de recherche sur l'efficacité comparative dans ce domaine.

Elles ont été reprises par la Société Française de Diabétologie (SFD) [19] et sont résumées dans le tableau suivant :



A noter que les thiazolidinediones, rosiglitazone et pioglitazone apparaissent ici mais ont été retirées du marché en France.

2.1.3.2 Les autres traitements

Selon la HAS [11], la prévention et le traitement de la microangiopathie et de la macroangiopathie diabétiques reposent également sur :

- des mesures hygiéno-diététiques, l'exercice physique, une perte de poids avec pour objectifs un IMC < 25kg/m et un tour de taille < 94 cm (H) et < 80 cm (F) ;
- un contrôle tensionnel \leq 130/80, à adapter suivant les patients, le risque d'hypotension orthostatique chez la personne âgée, chez les personnes atteintes de neuropathie cardiaque autonome, et suivant les traitements associés ;
- une cible pour le LDL-c graduée selon le niveau de risque cardio-vasculaire :
 - LDL-c < 1,9g/l pour les patients sans autre facteur de risque (FDR) additionnel, dépourvus de microangiopathie et dont le diabète évolue depuis moins de 5 ans ;
 - LDL-c < 1,6g/l pour les patients présentant au plus un FDR additionnel ;
 - LDL-c < 1,3g/l pour les patients présentant au moins 2 FDR additionnels à un diabète évoluant depuis moins de 10 ans ;
 - LDL-c < 1g/l chez les patients en prévention secondaire ou à risque équivalent (atteinte rénale ou diabète évoluant depuis plus de 10 ans associé à au moins deux FDR). Chez les patients en prévention secondaire ou à risque équivalent, il est recommandé d'introduire une statine, quel que soit le niveau du LDL-cholestérol.
- l'arrêt du tabac ;
- la prévention du risque thrombotique chez les patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire s'effectue par l'administration de faibles doses d'aspirine (75 à 300 mg/j) ;
- la prévention des infections via les vaccinations contre la grippe et le pneumocoque.

2.1.4 Suivi du patient diabétique

2.1.4.1 Suivi clinique

Le bilan clinique annuel recommandé par l'ANAES en 2000 [20] lors du suivi du patient diabétique doit comporter :

- La mesure du poids et de la tension artérielle (tous les 3-4 mois).

- L'interrogatoire à la recherche de signes d'appel d'une pathologie cardio-vasculaire ou neurologique.
- L'incitation à l'arrêt du tabac.
- L'examen annuel des pieds afin de grader le risque podologique reposant sur :
 - la recherche d'antécédent d'ulcération chronique du pied ou d'amputation des membres inférieurs ;
 - la recherche d'une neuropathie périphérique, au moyen d'un monofilament de 10g ;
 - l'identification d'une artériopathie, par la palpation des pouls périphériques et la détermination de l'Index de Pression Systolique (IPS) ;
 - la mise en évidence d'une déformation du pied.
- La palpation des pouls, recherche de souffles abdominaux, fémoraux ou carotidiens.
- La recherche d'une hypotension orthostatique.
- L'examen de la bouche, de la sphère ORL, de la peau.

2.1.4.2 Suivi biologique

Le dosage de l'HbA1c est recommandé de manière trimestrielle (4 fois par an).

Le suivi biologique annuel comprend [11] :

- la glycémie veineuse à jeun (contrôle de l'auto-surveillance glycémique, chez les patients concernés) ;
- le bilan lipidique (cholestérol total, TG, HDL-c, calcul du LDL-c) ;
- la microalbuminurie, créatininémie, calcul de la clairance de la créatinine.

La TSH sera réalisée en cas de signes cliniques évocateurs d'une dysthyroïdie.

2.1.4.3 Suivi spécialisé

Certains actes techniques et consultations spécialisées sont nécessaires au suivi du patient diabétique, dans le cadre de la recherche de complications [11] :

- un examen ophtalmologique annuel avec photographie du fond d'œil ;
- une consultation dentaire annuelle ;
- un ECG de repos annuel ;
- une échographie doppler des membres inférieurs avec mesure de l'IPS chez les patients de plus de 40 ans ou ayant un diabète évoluant depuis plus de 20 ans, à répéter tous les 5 ans, ou moins en cas de FDR associés.

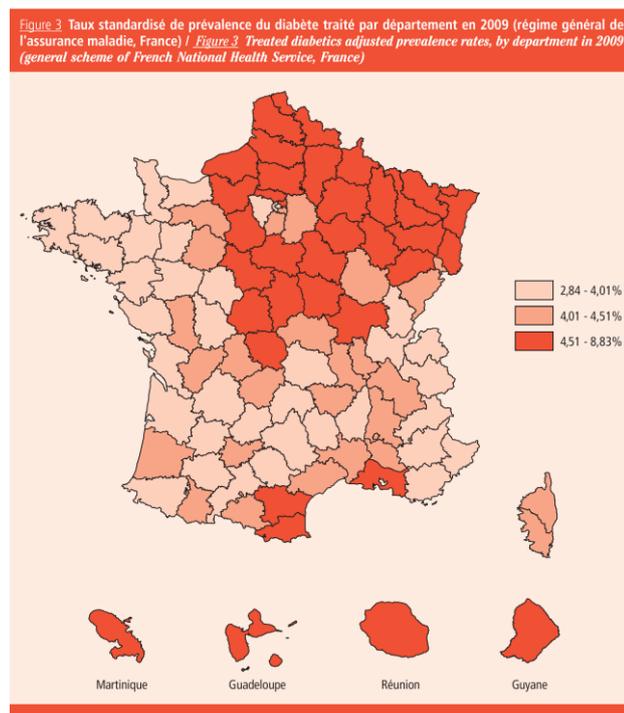
2.1.5 Epidémiologie

La prévalence du DT2 est difficile à établir avec exactitude. Cette affection présente un caractère asymptomatique et donc potentiellement méconnu. Il n'existe pas à ce jour de dépistage systématique et organisé, par ailleurs difficile à mettre en place chez des patients ne se plaignant de rien. C'est pourquoi les données épidémiologiques doivent être interprétées avec un certain recul [22].

On sait que le diabète présente un caractère épidémique à l'échelle mondiale. Selon les estimations, la prévalence mondiale qui était de 4% en 1995 devrait passer à 5.4% en 2025 [23]. Selon l'OMS et l'International Diabetes Federation (IDF) [24][25], le nombre de diabétiques, estimé environ à 171 millions en 2000 devrait doubler pour atteindre entre 366 et 438 millions en 2030.

La France n'est pas épargnée. Ainsi, entre 2000 et 2009, la prévalence des personnes traitées pour un diabète et protégées par le régime général est passée de 2.6 à 4.4 % dans la population résidant en France (métropole et Départements d'Outre-Mer DOM) [26]. Le nombre de diabétiques est donc passé en 9 ans de 1.6 à 2.9 millions de personnes. A cela s'ajoute la prévalence de diabétiques traités par régime seul (0.6%) et celle du diabète méconnu (1%) [27].

On constate également de fortes disparités régionales [26][28]. Les DOM sont les plus touchés. En métropole, ce sont essentiellement les départements du quart nord-est et la Seine-Saint-Denis qui sont les plus touchés, comme le montre la carte suivante [26].



Ainsi en 2009, la Lorraine compte 4.9% de diabétiques avec des taux homogènes pour les 4 départements [26], ce qui la place au-dessus de la moyenne nationale.

Bien sûr le dépistage ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie ont contribué à cette hausse mais elle est aussi la conséquence d'une autre épidémie, celle de l'obésité [26]. On constate d'ailleurs que la prévalence du diabète diagnostiqué est respectivement 2,5 fois et 3 fois plus élevée chez les personnes en surpoids (obésité exclue), et 5,5 à 6 fois plus élevée chez les personnes obèses par rapport à ceux et celles de corpulence normale [29].

Au niveau mondial, en 2008 on estimait que plus de 1 adulte sur 10 était obèse et 35% des adultes en surpoids [5].

En France, la prévalence des personnes en surpoids est relativement stable depuis une quinzaine d'années (29.8% en 1997 et 32.3% en 2012), contrairement à celle de l'obésité qui continue de progresser (8.5% en 1997, 15% en 2012) [30]. Toutefois, l'étude Obépi a mis en évidence une progression de l'obésité moins importante ces dernières années. Ainsi, l'augmentation estimée entre 2009 et 2012 n'est que de 0,5 %, alors qu'elle avait toujours dépassé 1 % sur la période de 3 ans séparant deux études [30].

La liaison forte entre l'épidémie du diabète et de l'obésité explique des inégalités similaires sur le territoire. Dans notre région, la prévalence de l'obésité était de 17% en 2012 soit 2 % au-dessus de la moyenne française [30].

Les prévalences du surpoids et de l'obésité augmentent avec l'âge, et varient selon la profession, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau scolaire [8]. Si la France apparaît moins touchée que d'autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), trois éléments incitent à une vigilance accrue [30][31] :

- L'augmentation de fréquence des formes les plus graves : Les personnes avec un IMC supérieur à 40 représentaient 0,3 % des obésités il y a 10 ans, 1,1 % aujourd'hui.
- Une apparition de plus en plus précoce de l'obésité de génération en génération : La génération née entre 1946-1951 compte 10 % d'obèses à l'âge de 49 ans alors que ce chiffre est atteint dès l'âge de 32 ans pour la génération née entre 1973-1979. En France près d'un enfant sur 6 est obèse soit 3 à 4 fois plus que dans les années 70. On peut cependant noter que l'on n'observe plus d'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant dans notre pays depuis les années 2000.
- L'accroissement d'un important gradient social : L'obésité était présente il y a 10 ans dans 5 % des foyers les plus riches et 12 % des foyers les plus pauvres. Aujourd'hui les pourcentages sont respectivement de 6 % et 22 %. La France est un des pays les plus inégalitaires en termes d'indice relatif d'inégalité de surpoids selon le

niveau d'éducation. Les inégalités sociales fragilisent le modèle alimentaire : privées de repères sociaux et alimentaires, les populations en état de précarité concentrent leurs achats sur les produits saturés en mauvaises graisses et sucres.

La prise en charge du DT2 en France constitue donc un véritable enjeu de santé publique, qui suppose une stabilisation de l'obésité et du surpoids, en ciblant particulièrement les populations à risque et les zones géographiques les plus concernées. Face à ce constat, les pouvoirs publics ont lancé des 2001 le Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui s'est fixé pour objectif de diminuer de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et d'interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants. Ces objectifs ont été repris dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et dans le second PNNS 2006-2010. En tout état de cause, la lutte contre l'obésité infantile et adulte, contre le DT2 qui lui est très souvent associé, doit s'inscrire dans une démarche globale de prévention et d'éducation sur tous ces facteurs et de dépistage des comorbidités.

2.1.6 Une meilleure prise en charge du diabète mais des efforts à poursuivre (résultats de l'étude ENTRED)

Entre 2001 et 2003, la première enquête ENTRED est lancée, à partir d'un échantillon de personnes diabétiques tirées au sort dans les bases de remboursement de l'assurance [32]. Cette enquête avait pour objectifs de décrire l'état de santé, le traitement et le suivi des patients diabétiques traités, d'évaluer l'adéquation des pratiques avec les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) et de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et d'aider à l'évaluation des réseaux. Elle a été renouvelée entre 2007-2010. En plus des objectifs d'ENTRED 2001, ENTRED 2007 avait pour but d'étudier le coût des soins, d'évaluer les démarches éducatives et les besoins des patients et des médecins en matière d'éducation, ainsi que la qualité de vie des patients diabétiques.

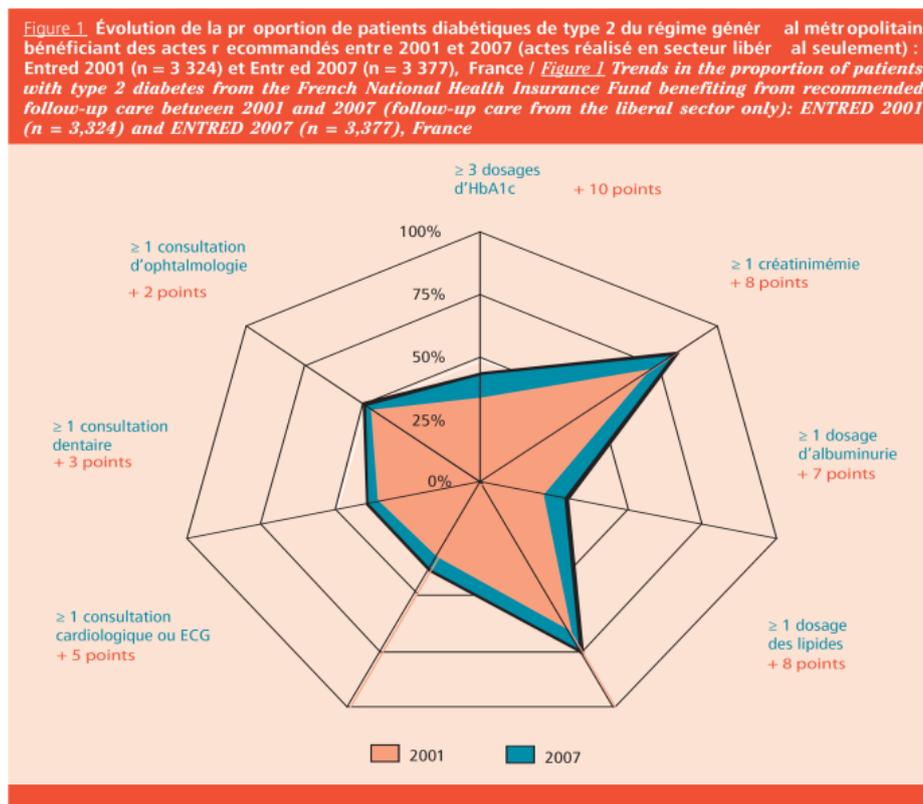
2.1.6.1 Une amélioration de la qualité du suivi médical [33]

En ce qui concerne le suivi de l'équilibre glycémique et la recherche de complications, les pratiques médicales s'améliorent nettement en 2007 par rapport à l'étude ENTRED 2001. En 2007, 44% des personnes diabétiques de type 2 ont bénéficié des trois dosages d'hémoglobine glyquée (HBA1c) recommandés dans l'année, soit 10% de plus qu'en 2001.

La surveillance du bilan lipidique est également plus rigoureuse : elle est réalisée de façon annuelle chez 76% des patients en 2007, soit 8% de plus qu'en 2001.

La surveillance de la fonction rénale par le dosage annuel de la créatininémie a progressé elle aussi de 8% par rapport à 2001, et la recherche de micro-albuminurie a été réalisée plus souvent qu'en 2001 même si elle reste encore peu réalisée (28%).

Les progrès sont moins nets en ce qui concerne le suivi ophtalmologique (+2%), cardiologique (+5%) et dentaire (+3%), mais sont toutefois notables.



Il faut tout de même noter que ces indicateurs ne reflètent que les actes réalisés en médecine libérale et qui ont fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie. Ils ne prennent donc pas en compte la surveillance supplémentaire effectuée en établissement hospitalier public, ce qui a conduit à sous-estimer la qualité des pratiques, en 2001 comme en 2007.

2.1.6.2 Un meilleur contrôle des FDR cardio-vasculaires mais des complications plus fréquentes et une obésité qui progresse [8]

L'obésité chez les patients diabétiques de type 2 est en progression depuis 2001, avec un IMC moyen estimé à 29.5 kg/m² (+ 0.7kg/m²). La proportion de personnes obèses augmente (41% des patients diabétiques de type 2, soit + 7%), alors que les proportions de personnes ayant une corpulence normale ou de celles qui sont en surpoids diminuent (respectivement 20% et 39% soit -4 et -3%). Paradoxalement, le recours à une consultation diététique diminue et ne concerne que 20 % des diabétiques de type 2.

L'équilibre glycémique a tendance à s'améliorer avec une HbA1c moyenne estimée en 2007 à 7.1% (-0.3% par rapport à 2001). Cependant, 41 % des personnes avaient encore une HbA1c au-dessus de 7 % et 15 % des personnes au-dessus de 8 %.

Le contrôle de la pression artérielle et du LDL-c s'est également amélioré depuis 2001. La pression artérielle moyenne est estimée à 134/77 mmHg (-3/-2mmHg). Toutefois, 49% des patients DT2 ont une pression artérielle qui dépasse strictement le seuil recommandé de 130/80 mmHg. Le taux moyen de LDL-c est estimé à 1.06 g/l (soit une baisse de 0.19 g/l).

Alors que les FDR sont mieux contrôlés, on observe une tendance à l'augmentation de la fréquence des complications, avec des revascularisations coronariennes plus fréquentes qu'en 2001 malgré une stabilité du nombre de patients ayant présentés un angor ou un infarctus. La fréquence de perte de vue d'un œil est stable alors que celle du traitement ophtalmique par laser augmente (+3%). Le mal perforant plantaire est plus fréquent (+4%) alors que seule une personne sur quatre bénéficie de soins podologiques (+2%).

Malgré une amélioration globale du contrôle des FDR cardio-vasculaires, on n'observe pas de diminution des complications du diabète, ce qui peut s'expliquer notamment par un dépistage plus important des complications, un traitement plus actif (revascularisation coronaire et traitement ophtalmologique) et probablement par l'allongement de la durée de vie et donc de l'espérance de vie avec complications.

Au total, la prise en charge globale du diabète demeure insuffisante après une quinzaine d'années d'élaboration de recommandations et plans variés, au regard des objectifs et des résultats obtenus. Le suivi médical, malgré des progrès, est également insuffisant, en particulier en ce qui concerne le dépistage du risque néphrologique, ophtalmologique et podologique, et le suivi du contrôle glycémique. Le contrôle du risque vasculaire reste insuffisant à travers celui de l'obésité, mais aussi du contrôle glycémique et de l'hypertension artérielle.

2.1.6.3 Coût du diabète

Le DT2 devrait être une maladie peu coûteuse puisque sa prévention et son traitement passent d'abord par des mesures hygiéno-diététiques. Pourtant, en France en 2007, le remboursement des soins aux patients diabétiques a atteint 12.5 milliards d'euros, ce qui représente 9% des dépenses de l'assurance maladie [34]. Le remboursement du traitement pharmacologique du diabète et de ses complications pour l'assurance maladie a doublé en 5 ans pour atteindre 1.8 milliards d'euros en 2005 [35]. En 2007, le remboursement moyen annuel des soins des personnes diabétiques de type 2 était estimé à 4890 euros par personne diabétique. Les personnes diabétiques de type 2 traitées par insuline avaient en moyenne des remboursements presque trois fois plus élevés que celles traitées par ADO (10400 euros contre 3600 euros) [34].

Le coût du diabète progresse donc en dépit des actions volontaristes des pouvoirs publics et de l'assurance maladie. Toutefois, cette augmentation s'explique principalement par l'effet conjugué de deux facteurs principaux [36] :

- L'augmentation des effectifs traités due à un triple phénomène :
 - La hausse de la prévalence des patients traités (augmentation du surpoids et de l'obésité, croissante avec l'âge), facteur explicatif majeur.
 - L'effet de vieillissement de la population, l'âge moyen des patients diabétiques étant de 65 ans et la prévalence de la maladie supérieure chez les seniors.
 - L'effet de l'augmentation de taille de la population.
- L'amélioration du suivi médical des patients et l'intensification des traitements conformément aux recommandations de bonne pratique de la HAS :
 - Des actes et examens de surveillance plus fréquents.
 - Une intensification des traitements (médicamenteux ou dispositifs médicaux).

2.2 L'éducation thérapeutique

2.2.1 Définition

La définition la plus largement consensuelle de l'ETP, reprise par les rapports de la HAS, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (l'INPES), le Haut Conseil pour la Santé Publique (HCSP) est celle donnée en 1998 par le bureau régional pour l'Europe de l'OMS qui en précise les finalités et les moyens :

« L'ETP a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'ETP du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie ».

L'ETP doit développer chez le patient des compétences d'adaptation définies comme des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. Elle doit également développer des compétences d'auto-soins : autrement dit les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé, comme par exemple : soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, adapter des doses de médicaments, réaliser des gestes techniques [37][38][39].

L'ETP est donc bien définie et est aujourd'hui officiellement reconnue par la loi. Elle est cependant l'enjeu d'interprétation et de pratiques diverses. Ce ne saurait être une simple information du patient ni un simple accompagnement. L'ETP est avant tout thérapeutique [40]. Elle vise à la fois à transférer des compétences au patient, à négocier les objectifs et les contraintes thérapeutiques et à aider à modifier des comportements. Pour ce faire, l'équipe d'ETP doit avoir une triple compétence : d'abord thérapeutique, ensuite pédagogique, enfin psychologique [41].

Il s'agit d'une « co-construction », pour reprendre le terme d'A.J. Scheen [42] entre le soigné et le soignant. L'ETP, c'est d'une part un apprentissage pratique et spécialisé pour l'acquisition de compétences thérapeutiques, et d'autre part une aide au changement de comportement de soin pour atteindre des objectifs personnalisés [40].

Isabelle Aujoulat, dans sa thèse, [43] évoque la notion d'« empowerment » (ou de reprise de contrôle sur son propre destin), dont la finalité est de « permettre à toute personne de choisir en toute connaissance de cause, y compris des comportements défavorables à sa santé ». On est loin d'un objectif focalisé sur l'observance et la compliance, synonyme d'obéissance à la prescription médicale, qui risque, en maintenant une relation « hiérarchique », de détériorer à terme la relation soignant-soigné [35]. Si la finalité de l'ETP est la qualité de vie ou l'autonomie, seule la personne malade peut définir pour elle-même le but à atteindre [44] afin de trouver « le meilleur compromis entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible » [40].

L'ETP ne vise pas tant à transformer le malade en médecin (il ne faut pas oublier qu'il est déconseillé à un médecin de se soigner lui-même) mais à le rendre partenaire de décisions le concernant, acteur de changements de comportements favorables à sa santé, expert de procédures d'auto-soins, « sentinelle » de lui-même [41].

Afin d'apprendre, l'individu va sortir de ses repères habituels. Il s'agit d'un double processus [45] :

- d'une part : une « assimilation » de nouveaux savoirs qu'il confronte à ce qu'il connaît déjà ;
- d'autre part : une « accommodation » de ce qu'il sait déjà, permettant la réorganisation des connaissances.

Pour cela, l'individu s'appuie sur lui-même, ses expériences, mais également sur celles des autres. Dans la maladie chronique, l'individu apprenant, ici le patient, est le sujet-même de son apprentissage. Il joue un rôle primordial, car il est le seul véritable auteur de sa formation. Lui seul peut apprendre. Le patient a une place essentielle, on parle d'approche centrée sur le patient. Dans ce type d'approche, la personne apprenante est considérée comme instruite et dotée d'un sens critique. Elle peut, à son tour, solliciter des informations et participer à sa prise en charge. L'ETP devient un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient.

Selon la HAS, la démarche d'ETP doit se dérouler en 4 étapes [46] :

- La première étape consiste à établir un diagnostic éducatif, c'est-à-dire :
 - Connaitre le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP ;
 - Appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet ;
 - Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales et environnementales.

Lors du diagnostic éducatif, le soignant doit déterminer si le patient est prêt pour l'ETP, c'est-à-dire savoir à quel stade de changement selon le modèle de Di Clemente et Prochaska il se trouve. Il existe 6 stades :

- La pré-contemplation (le patient ne se sent pas concerné) ;
- La contemplation (le patient a l'intention de changer dans l'avenir) ;
- La détermination (le patient veut changer) ;
- L'action (le patient change, met des actions en œuvre) ;
- Le maintien d'action ;
- La rechute (où il faut relancer le processus de changement).

Un diagnostic éducatif repose sur l'expression du vécu de la maladie, la compréhension des comportements de santé, le recueil d'informations utiles pour proposer une démarche d'éducation et d'accompagnement qui ait du sens pour le patient. Il est important de spécifier qu'un diagnostic éducatif ne peut être considéré comme définitif. Il est évolutif, en phase avec l'évolution du patient et de l'ensemble de ses contingences. Il ne peut être exhaustif, par le principe de l'impossibilité de tout comprendre de la complexité d'une personne [47].

- La seconde étape consiste à définir avec le patient un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage :
 - Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique ;
 - Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel ;
 - Communiquer les priorités sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de l'ETP et le suivi du patient.

- La troisième étape consiste à planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle, collective ou les deux en alternance :
 - Sélectionner les contenus et proposer, lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage;
 - Réaliser les séances.

- La quatrième et dernière étape consiste à réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme, autrement dit :
 - Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qu'il lui arrive ;
 - Proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi des maladies chroniques.

De par sa définition, l'ETP doit être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle. A ce titre, les quatre étapes décrites ci-dessus sont intéressantes pour les professionnels de santé qui peuvent s'appuyer sur un cadre logique et cohérent.

En général, les soignants préfèrent une ETP individuelle, plus personnalisée, ayant pour principal atout de pouvoir s'adapter au profil et au rythme du patient. Pour les médecins, elle correspond à leur relation habituelle de colloque singulier avec le patient. Cependant, l'éducation de groupe a l'avantage d'être moins onéreuse, et permet de répondre à des problèmes de disponibilité des soignants. Mais surtout, elle favorise les échanges entre pairs qui peuvent aider le patient à s'approprier des compétences, mieux percevoir leur utilité, et adopter des changements [48].

2.2.2 Intérêt

La population vieillit, l'espérance de vie augmente, avec comme corollaire l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, qui concernent actuellement 20% de la population française [44]. Les personnes atteintes de maladies chroniques souhaitent une plus grande reconnaissance de leur savoir sur la maladie et de son autogestion, tout en exprimant à l'encontre du médecin le besoin d'informations sur le système de santé [49]. Elles attendent aussi des médecins un accompagnement dans une démarche d'acquisition de compétences visant un développement personnel, à travers notamment une recherche de sens, la reconstruction de leur identité et l'entretien de leur

sentiment d'auto-efficacité [43]. Cette attente s'inscrit dans une évolution de la société, où les personnes, considérées comme autonomes et responsables, sont amenées à participer aux décisions qui les concernent. L'enjeu financier est également de taille et préoccupe l'assurance maladie qui consacre 84 millions d'euros par an aux affections de longue durée [44].

Depuis une dizaine d'années, les responsables institutionnels et professionnels se préoccupent du développement de l'ETP. En effet, il existe une véritable prise de conscience de l'importance de cette approche préventive auprès de malades chroniques de plus en plus nombreux et demandeurs. Une meilleure relation soignant-soigné avec notamment l'implication du patient et l'acquisition de compétences permettent de réduire les effets négatifs des maladies chroniques et les incapacités qu'elles engendrent.

Le DT2 est une maladie chronique, qui, comme nous l'avons décrit précédemment, évolue à bas bruit et peut rester longtemps asymptomatique. Le problème réside dans ses complications, dont l'apparition ou l'évolution est retardée par l'équilibre glycémique optimal, le traitement des FDR associés et le respect des règles hygiéno-diététiques. Or, l'absence de symptôme rend l'acceptation de la maladie problématique et les changements de comportements plus difficiles [40]. La prise en charge du diabète est un processus complexe, engagé sur toute une vie, qui demande une participation active et de gros efforts aux patients. Plus de 95 % des décisions en relation avec la santé que prennent les patients diabétiques au quotidien, sont prises sans l'avis des soignants [50]. Les choix concernant l'alimentation, le tabac, l'activité physique, l'adhésion au traitement prescrit, la réalisation de la surveillance glycémique, sont faits quotidiennement sur la base d'éléments personnels, émotionnels, culturels, sociaux...[51]. C'est en cela que le diabète est probablement la pathologie demandant une des implications les plus fortes des patients dans sa gestion.

Hors, la qualité des soins dans les maladies chroniques dépend autant du choix des thérapeutiques médicales elles-mêmes que du suivi d'un traitement contraignant par le patient et de l'observance de certaines règles d'hygiène de vie (alimentation, activité physique). En quelque sorte, l'ETP est un complément indispensable au traitement si l'on souhaite qu'il soit pleinement efficace.

Pour le médecin traitant, la principale difficulté rencontrée avec les patients DT2 est leur adhésion aux recommandations dans le domaine de l'alimentation (65%) et de l'activité physique (64%) ainsi que la compréhension que les patients ont de leur diabète (35%) [52]. Ces caractéristiques expliquent aussi les phénomènes d'inertie thérapeutique de la part des médecins, fréquemment rencontrés dans la gestion de cette maladie [42].

Parallèlement, les patients sont demandeurs d'information. En effet, 33 % des personnes diabétiques de type 2 interrogées par l'étude ENTRED indiquaient qu'elles souhaiteraient bénéficier d'un complément éducatif (ce pourcentage s'élevant à 72 % chez les personnes en ayant déjà bénéficié). Ils déclarent ainsi regretter de ne pas connaître les mécanismes de la maladie, de ne pas en savoir plus sur l'alimentation adaptée à leur situation [43]. Leurs besoins évoluent selon l'ancienneté de la maladie, son acceptation et l'apparition ou non de complications. Au début de la maladie, ils n'ont souvent pas d'attentes, puis lorsqu'ils acceptent la maladie, ils disent qu'ils auraient aimé que le médecin leur apporte plus tôt des connaissances sur la maladie, son évolution, sa gravité, et qu'il les aide à en prendre conscience. Une fois la maladie acceptée, ils attendent, plus que de l'information, un accompagnement au long terme pour gérer le traitement et mettre en œuvre des changements d'habitudes de vie [53].

L'ETP, en participant à la modification de la relation soignant-soigné, serait une solution pour contribuer à diminuer ces problèmes de comportement des patients et des professionnels.

Son intérêt dans la prise en charge du DT2 a d'ailleurs été largement démontré, sous forme collective ou individuelle [54][55]. Ainsi les interventions éducatives ont montré leur efficacité sur la réduction de l'hyperglycémie chronique [56]. L'amplitude de l'effet sur la réduction de l'HbA1c varie de 0.3 à 1% selon les études [57][58]. Elles sont d'autant plus efficaces que l'HbA1c est élevée au départ et qu'elles sont répétées [57]. L'étude de Trento et al. [59] a notamment prouvé l'efficacité de l'éducation de groupe sur l'amélioration à 5 ans de paramètres biocliniques comme la baisse de l'IMC, le maintien de l'HbA1c (+0,1% contre +1,7%) ou l'augmentation du HDL-c, ainsi que sur l'amélioration des connaissances et de la gestion de la maladie, et l'augmentation de la qualité de vie. La méta-analyse de la Cochrane Collaboration permet de conclure à une amélioration significative du taux d'HbA1c après ETP. Dans cette méta-analyse, les deux études qui évaluent l'impact de l'ETP à distance de l'intervention (2 et 4 ans) montrent que l'amélioration de l'HbA1c est maintenue [51].

Au-delà des effets positifs sur le bilan métabolique, il est apparu un impact favorable dans l'autogestion de la maladie diabétique [60]. En effet, les bénéfices au niveau des connaissances et du savoir-faire sont globalement très positifs sur tous les domaines interrogés, avec des scores de 90 % et plus :

- Une meilleure confiance en soi par rapport au diabète ;
- Une amélioration subjective de la qualité de vie ;

- Une meilleure connaissance qu'un traitement équilibré contribue à préserver la qualité de vie et la santé à long terme ;
- Un sentiment de mieux pouvoir agir sur les conséquences du diabète ;
- Un sentiment de mieux arriver à laisser une juste place au diabète.

L'étude UKPDS a démontré qu'il fallait au moins 8 ans de suivi pour évaluer le retentissement sur les complications [16], ce qui rend difficile les conclusions en termes d'efficacité sur les critères de morbi-mortalité. Toutefois leur rapport bénéfice/risque joue en faveur des interventions éducatives [56].

Concernant la prise en charge de l'obésité, les programmes d'ETP ont également démontré leur intérêt. Ainsi, une méta-analyse réalisée en 2012 [61] a démontré leur efficacité en termes d'amélioration clinique (diminution de l'IMC), d'amélioration des connaissances et de mise en œuvre de compétences d'auto-soins.

Les médecins y trouvent également des éléments positifs pour eux-mêmes, notamment une certaine satisfaction morale, une meilleure organisation de leur travail, un renforcement de l'estime de soi et une valorisation de leur rôle.

L'ensemble de ces constats a entraîné une prise de conscience de la part des autorités de santé. Le Ministère de la santé a créé en 2007 un plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, la HAS a quant à elle intégré l'ETP dans ses recommandations pour le traitement et le suivi des maladies chroniques [1] [11]. En juillet 2009, les autorités françaises ont entériné l'ETP comme faisant partie intégrante du parcours de soins du patient, en l'inscrivant dans l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) [62]. La SFD a publié en 2011 le livre blanc de la prise en charge du diabète [63], proposant 7 recommandations pour améliorer la prise en charge du diabète. La première concerne la prévention primaire du diabète. Quatre autres recommandations sont en lien avec la démarche éducative en prévention secondaire : « centrer l'organisation sur le malade et non sur la maladie » ; « améliorer la qualité de vie des malades », « orchestrer la partition entre professionnels pour assurer une meilleure prise en charge des patients » ; « mieux former les professionnels de santé à l'ETP du patient ».

2.3 Les réseaux : une aide au développement de l'ETP

2.3.1 Définition des réseaux

Un réseau se définit comme une collaboration, sur une zone géographique donnée, de différents professionnels de santé, dont le but est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations (réseau gérontologique), pathologies (diabète, l'insuffisance cardiaque, l'ostéoporose...) ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique [64].

De par leurs caractéristiques, ces structures sont particulièrement adaptées au développement de l'ETP : multidisciplinarité, coordination interprofessionnelle, proximité, accessibilité, qui sont autant d'atouts pour une ETP de qualité destinée au plus grand nombre [65].

Les réseaux Diabète ont été parmi les premiers réseaux créés, sous l'impulsion des praticiens hospitaliers qui, accueillant les malades diabétiques à l'hôpital, ont été soucieux du développement d'une offre ambulatoire [36].

Ils fonctionnent autour de trois objectifs communs: l'amélioration des pratiques, le développement de l'ETP de proximité et la prise en charge de patients en difficulté [66].

En Lorraine, on dénombre 10 réseaux de diabétologie [67] mais une réorganisation est en cours.

2.3.2 Un impact positif démontré

Les réseaux santé diabète ont montré leur impact bénéfique dans la prise en charge globale des patients diabétiques [68][69].

Un meilleur suivi

La comparaison de la qualité du suivi du patient diabétique entre certains réseaux et la cohorte ENTRED montre que celle-ci est meilleure dans les réseaux [70]. Cela rejoint les résultats d'une étude cohorte effectuée à partir des données de l'assurance maladie du sud-ouest de la France sur l'année 2008-2009. L'appartenance du médecin à un réseau diabète était associée à la réalisation accrue de chaque examen ainsi qu'à un score global de suivi plus élevé même après prise en compte de l'ensemble des facteurs d'ajustement [71].

Une amélioration de l'équilibre glycémique

Plusieurs évaluations de réseaux santé diabète ont mis en évidence une efficacité de leurs actions sur l'équilibre glycémique [72][36][70]. C'est d'ailleurs le cas de l'étude ENTRED qui a démontré que le taux d'HbA1c est meilleur chez les patients qui ont une prise en charge aidée par un réseau que chez la population témoin [70].

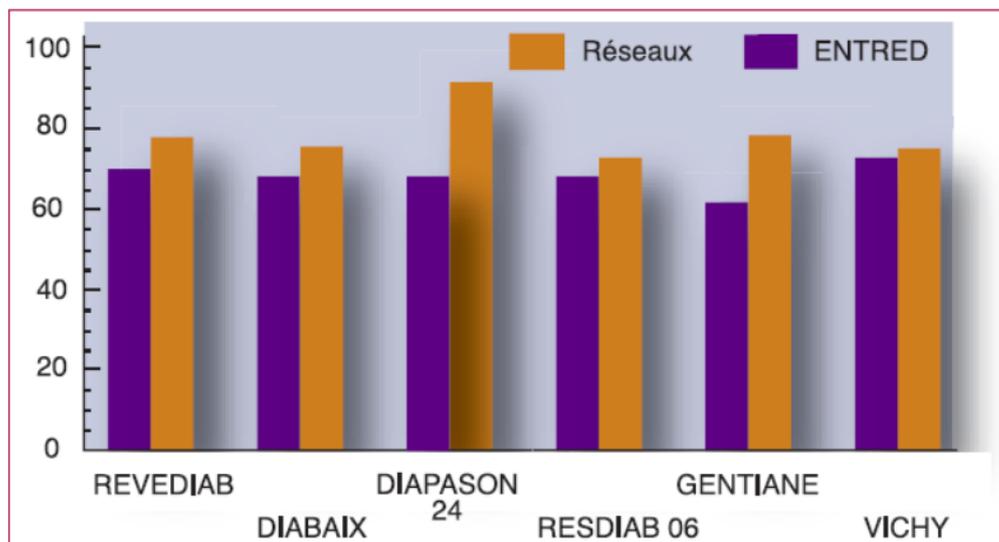


Figure 3 : Pourcentage de patients ayant un taux d'HbA1c < 8%. Comparaison échantillons régionaux d'ENTRED versus différents réseaux Diabète, 2001-2003.

Source : *Les réseaux de santé Diabète : quel bilan ? Quel avenir ? Médecine des maladies Métaboliques - Juin 2007 - Vol. 1 - N°2.*

La MDN 54 a elle aussi montré son efficacité dans la prise en charge du DT2. Dans la thèse de Sophie Jannot, l'étude suggère une efficacité de la prise en charge du réseau sur l'équilibre glycémique des patients. Les résultats évoquent également un effet sur l'amélioration de la fonction rénale. L'impact sur le surpoids et l'obésité est également

favorable [73]. L'étude de Sybille Lipp démontre également un meilleur suivi au sein de la MDN que dans l'étude ENTRED [74].

Un faible coût

De plus, les coûts induits ne semblent pas excessifs. Les estimations du coût du réseau MDN 54 pour l'ensemble des services rendus (tous patients confondus) ressortent à moins de 1.5 euros par patient et par jour. En d'autres termes, le coût d'un patient en réseau pour un an est comparable au prix d'une seule journée d'hospitalisation [75].

2.3.3 La MDN 54

La situation de la région Lorraine se caractérise par une augmentation de la prévalence du DT2, supérieure à la moyenne nationale, une augmentation de l'obésité, une population âgée et souvent en situation de précarité [26]. Un réseau tel que la MDN qui s'attaque à la fois au diabète, à l'obésité adulte et à la lutte contre l'obésité infantile apparaît particulièrement adapté.

2.3.3.1 Présentation de la structure

La MDN Nancy 54 est une association loi 1901 qui a ouvert ses portes en septembre 2003 à Nancy, à l'initiative du service de diabétologie du CHU de Nancy, dans le but de créer une structure de proximité, hors de l'hôpital, en plein cœur de la ville. Elle a pour fonction de faciliter les contacts entre les usagers et le système de santé, tout en améliorant l'offre de soins et l'application des référentiels existants. La MDN 54 est membre fondatrice de la fédération des réseaux diabète et nutrition en Lorraine, dont le nouveau nom est LORDIAMN (Fédération lorraine des réseaux et structures spécialisées dans la coordination des soins, l'ETP du patient et la formation pour le diabète, l'obésité, les maladies métaboliques et la nutrition). Elle fait également partie de l'ANCRED (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète).

La MDN s'adresse aux patients diabétiques de type 1, diabétiques de type 2, aux enfants et aux adultes obèses, aux patients dénutris et aux patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Au départ, l'activité de la MDN était destinée à la population de la communauté urbaine du grand Nancy puis, afin d'offrir une ETP de proximité au plus grand nombre, elle s'est progressivement étendue à Toul, Pont-à-Mousson, Neuves-Maisons, Saint-Nicolas-de-

Port et Vandœuvre-lès-Nancy. Les communes mettent en général des locaux à disposition de la MDN pour que les activités proposées se déroulent sur place, au plus près des patients. Les moyens matériels (locaux, outils informatiques) et humains (secrétaires) sont mutualisés avec le réseau NEPHROLOR, réseau destiné aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique. Cette mutualisation permet également aux 2 réseaux de partager leurs connaissances : la MDN apporte son savoir-faire quant à l'organisation de la prise en charge thérapeutique dans le cadre de l'ETP et NEPHROLOR quant à l'informatisation du dossier du patient.

L'organisation repose sur :

- Des actions d'information « grand public » ou à destination de populations plus ciblées (milieu scolaire par exemple).
- L'organisation de parcours formalisés d'ETP réalisés à la demande du médecin traitant (éventuellement pédiatre, endocrinologue libéral), dans le cadre d'ateliers animés essentiellement par des professionnels de santé paramédicaux ou par des médecins tous formés à cette mission.
- La circulation des informations, l'évaluation des actions.
- La formation de personnels de santé médicaux et paramédicaux (rôle de l'équipe hospitalo-universitaire associée).
- La création d'outils de promotion de la santé utilisables en milieu scolaire ou professionnel.
- La conception et l'organisation des campagnes de sensibilisation et de dépistage du diabète à l'échelon local, régional et transfrontalier. Le réseau participe à des projets européens et notamment projet de réseau transfrontalier du diabète « Interreg IIIAWLL » (EDUDORA Éducation thérapeutique et préventive face au diabète et à l'obésité à risque chez l'adulte et l'adolescent).

2.3.3.2 Parcours du patient diabétique de type 2

La première étape est l'inscription au réseau. Celle-ci se fait sur prescription du médecin traitant qui adresse le patient au réseau en rédigeant une ordonnance. Le patient est ensuite invité à rencontrer une infirmière ou une diététicienne du réseau formée à l'ETP qui réalise un diagnostic éducatif (annexe n°1). Le patient est alors invité à assister à des séances d'éducation collectives, en adéquation avec ses besoins et ses attentes mises en évidence lors du diagnostic éducatif. Chaque atelier est animé par un professionnel de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, pédicure/podologue ou psychologue). Les thèmes portent sur l'alimentation, l'activité physique, la connaissance de la maladie, les principes des différents traitements ou des aspects plus techniques comme l'auto-surveillance glycémique ou la mise en place de l'insulinothérapie.

Le patient bénéficie également d'un bilan d'évaluation sous forme d'entretiens individualisés dont le compte-rendu est envoyé au médecin traitant (annexe n°2).

Le secrétariat envoie chaque année une fiche de bilan annuel (annexe n°3) à remplir par le médecin traitant et rémunère celui-ci à hauteur de 24 euros par fiche remplie et renvoyée. Cette fiche doit permettre de déterminer si l'état de santé du patient s'est amélioré.

3 DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

3.1 Justification de notre thèse

Afin d'harmoniser les pratiques, les programmes d'ETP sont soumis à un cahier des charges national mis en œuvre au niveau local sur autorisation des ARS et évalués par la HAS [76]. Ce cahier des charges prévoit notamment une auto-évaluation annuelle de chaque programme par les équipes. Les équipes doivent déterminer chaque année quelques éléments importants pour le programme d'ETP [77]. L'évaluation quadriennale, prévue en 2014, portera sur la synthèse des 4 auto-évaluations réalisées précédemment mais elle devrait également porter sur la satisfaction des usagers (patients et professionnels de santé). La MDN, en s'intéressant à ce point, apparaîtrait alors comme un précurseur dans ce domaine.

La MDN a décidé de se concentrer sur la communication avec les médecins généralistes. En effet, dans la thèse de Sibylle Lipp, les patients de la MDN déploraient un manque de communication avec le médecin traitant et souhaitaient que la transmission des informations soient développée [74]. Par ailleurs, l'offre territorialisée doit permettre une collaboration étroite avec le médecin traitant et cela passe par la simplification des outils de correspondance [78]. Par ailleurs,

Dans un premier temps, il a été décidé d'améliorer la fiche de bilan annuel du patient diabétique. En effet, cette dernière n'est pas bien remplie (10 à 20% de fiches renvoyées) [75] et gagnerait à être simplifiée.

Jusqu'à présent, il n'existait pas de fiche « standardisée » pour le suivi des patients obèses non diabétiques. Nous avons décidé, de façon annexe, d'interroger les médecins sur les éléments de suivi les plus importants pour ce type de patient, dans le but de proposer une fiche de bilan obésité. Cette démarche s'inscrit dans la continuité du travail des Centres Spécialisés de l'Obésité qui souhaitent proposer un bilan annuel des complications de l'obésité sévère.

Dans un second temps, nous avons décidé d'évaluer les comptes-rendus d'ETP (diagnostic éducatif et bilan d'évaluation). En effet, le rapport d'évaluation externe du réseau indiquait que la MDN devait transmettre de façon systématique des informations sur le déroulement de l'ETP [75]. Suite à ces recommandations, la MDN envoie depuis un peu plus d'un an ces comptes-rendus et souhaitait avoir l'avis des médecins généralistes.

3.2 Matériels et méthodes

3.2.1 Justification du choix de la méthode

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la satisfaction, l'utilité et la pertinence de la transmission des informations sur l'ETP ainsi que de la fiche de bilan annuel du patient diabétique.

Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier les points forts et les points à améliorer concernant les comptes-rendus et la fiche de bilan annuel du patient diabétique.
- D'identifier les critères nécessaires au suivi du patient obèse non diabétique afin de créer une fiche de bilan pour ce type de patient.

Il a été convenu de réaliser une étude en 2 parties :

- Une enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire de satisfaction (pour répondre à notre objectif principal).
- Une étude qualitative sous forme de focus group (pour répondre à nos objectifs secondaires).

Ces deux méthodes font d'ailleurs partie des propositions suggérées dans le rapport d'auto-évaluation d'un programme d'ETP proposés par la HAS [77].

3.2.2 Enquête de satisfaction

3.2.2.1 Définition d'une enquête de satisfaction

Il s'agit d'une enquête quantitative transversale, descriptive par questionnaires auto-administrés. Les réponses ont été traitées de manière anonyme.

3.2.2.2 Elaboration du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire divisé en 5 thèmes (annexe n°4) :

- Les caractéristiques sociodémographiques des médecins.
- L'avis des médecins concernant l'ETP.
- La satisfaction des médecins concernant la fiche de bilan annuel du patient diabétique.
- L'avis des médecins concernant les critères indispensables pour une fiche de suivi d'un patient obèse.

- La satisfaction des médecins concernant les comptes-rendus d'ETP.

Le questionnaire est majoritairement composé de questions fermées, mais certains items nécessitaient des questions ouvertes.

Le masque du questionnaire a été réalisé en ligne via le logiciel « Google doc ».

3.2.2.3 Méthode de sélection

Nous avons inclus de manière exhaustive les médecins libéraux (médecin généralistes, endocrinologues et pédiatres) inscrits à la MDN au 01/01/2013 et pour lesquels nous avons une adresse mail. Les médecins hospitaliers ainsi que les médecins dirigeant un autre réseau de diabétologie étaient exclus de l'enquête.

3.2.2.4 Envoi des questionnaires

Le questionnaire a été envoyé par mail. Les médecins devaient le remplir en ligne. Les résultats étaient récupérés de façon anonyme via « Google doc ».

Un premier envoi a été effectué le 20/02/2013, suivi d'une relance le 19/03/2013. Devant un faible taux de réponses, il a été décidé d'effectuer une deuxième relance par courrier. Le questionnaire a été envoyé avec une enveloppe retour pré-timbrée le 26/03/2013.

Afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses, nous avons décidé d'envoyer un questionnaire aux 50 médecins qui envoyaient le plus de patients et pour qui nous n'avions pas d'adresse mail. L'envoi du questionnaire a été réalisé le 15/08/2013.

3.2.2.5 Analyse des résultats

La saisie des questionnaires a été réalisée en ligne sur « Google doc » directement par les médecins ou à partir du questionnaire papier retourné à la MDN. « Google doc » permet l'export des réponses aux questionnaires sous Excel.

L'analyse descriptive des données a ensuite été réalisée avec le logiciel SAS version 9.3.

Les caractéristiques des médecins répondants et les résultats de satisfaction ont été décrits en termes de pourcentage.

Pour les items à réponses ouvertes, un regroupement par thèmes a été réalisé.

Certains médecins ont émis des commentaires ne rentrant pas dans le cadre du questionnaire.

Ces remarques ont été classées et retranscrites dans la dernière partie des résultats.

3.2.3 Focus group

3.2.3.1 Définition d'un focus group

Le focus group est une technique de recherche qualitative par entretiens de groupe semi-directifs. Il s'agit d'une méthode fondée sur des discussions de groupe, organisées pour explorer une question définie par le chercheur. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des représentations ou des comportements. Elle donne une vision exacte de la réalité telle qu'elle est vécue et sert aussi à tester ou faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur [74].

3.2.3.2 Choix du lieu et de la date

3.2.3.2.1 Lieu

Pour des raisons pratiques, nous avons utilisé le siège social de la MDN à Nancy comme lieu de réunion. La salle est conviviale et facilement accessible en soirée.

3.2.3.2.2 Date

Nous avons proposé 2 dates en semaine en évitant les lundis et les veilles de week-end. Initialement le focus group devait avoir lieu en juin mais devant un nombre trop faible de participants, nous avons décidé de décaler le focus group en septembre. Nous avons également modifié l'horaire (initialement 19h) car plusieurs médecins nous ont répondu ne pas être disponibles aussi tôt dans la soirée. Finalement nous avons donc proposé les 2 dates suivantes : le mardi 17/09 et le jeudi 19/09 à 20h30. Une première invitation a été faite par mail le 01/07/2013 suivie d'une relance le 01/08/2013 par mail et papier.

3.2.3.2.3 Sélection des participants

Nous avons envoyé une demande par mail à tous les médecins libéraux inscrits à la MDN et pour qui nous avons une adresse mail, ainsi qu'aux 50 médecins qui envoient le plus à la MDN et pour qui nous n'avons pas d'adresse mail (l'invitation a alors été faite lors de l'envoi du questionnaire de satisfaction). Il s'agissait donc de la même population que celle contactée pour l'enquête de satisfaction.

Nous avons décidé d'indemniser les participants pour le temps qu'ils devaient nous accorder.

Les médecins ayant accepté de participer ont été joints par téléphone pour leur confirmer la date du focus group. Nous avons également envoyé un mail de confirmation une dizaine de jours avant l'entretien avec rappel des modalités pratiques (date/heure/lieu) ainsi que du thème de la soirée.

3.2.3.3 Choix du modérateur et de l'observateur

Le modérateur était le Dr Böhme, médecin coordonnateur de la MDN, et nous avons tenu le rôle d'observateur.

3.2.3.4 Modalités pratiques

La réunion a été précédée d'une collation pour rendre l'ambiance conviviale. Nous avons disposé les tables de telle sorte que tout le monde soit assez proche afin de favoriser les échanges.

L'enregistrement du focus group a été réalisé à l'aide d'un enregistreur numérique (fourni par la MDN), couplé à un dictaphone pour plus de sécurité.

3.2.3.5 Rédaction de la grille d'entretien

La grille d'entretien sert de trame pour le déroulement du focus group. Nous avons rédigé le guide d'entretien après avoir identifié les principaux thèmes à aborder. Le guide d'entretien constitue en effet une liste non exhaustive de thèmes à aborder au cours du focus group.

		QUESTIONS DE RELANCE	OBJECTIF	OUTIL	DUREE
INTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le déroulement du focus group - Expliquer l'objectif du focus group - Faire un tour de table (présentation de chaque MG) 		<ul style="list-style-type: none"> - Etablir les règles - Rassurer les MG 		15 min
1ER THEME : Transmission des informations par les MG	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les points positifs/points négatifs de la fiche de BA? - Avez-vous des pistes d'amélioration pour les points négatifs? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels items vous paraissent indispensables/inutiles/à améliorer? - Quels sont les points qui vous posent problème? Trop long? Trop compliqué? Des résultats que vous n'avez pas? - Est-ce que vous rajouteriez des items? - A quel moment remplissez/transmettez-vous la fiche de BA? Dans quelles conditions (pdt la consultation?...) - Pour ceux qui ne la remplissent pas toujours, quelles sont les raisons invoquées? S'agit-il d'un oubli? la MDN vous relance-t-elle suffisamment? 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre la fiche de BA plus simple pour être remplie par le maximum de MG 	<ul style="list-style-type: none"> -Fiche bilan annuel diabète (annexe n°3) -Fiche bilan annuel diabète retravaillée (annexe n°5) 	30 min
	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les principaux critères biomédicaux pour le suivi d'un patient obèse? -Quels critères vous paraissent importants d'un point de vue logistique? 	<ul style="list-style-type: none"> - Quel examen clinique pratiquez-vous sur un patient obèse? -Quel bilan biologique demanderiez-vous pour un patient obèse? -Quel format vous semble le plus adapté? Un suivi annuel vous paraît-il satisfaisant? 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une fiche de bilan annuel pour le suivi d'un patient obèse 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche bilan annuel obésité (annexe n°6) 	15 min
PAUSE					10 min
2EME THEME : Transmission des informations par la MDN	<ul style="list-style-type: none"> -Avez-vous déjà reçu un compte-rendu d'ETP? Si non, présentation d'un CR "type" -Quels sont les points positifs/négatifs concernant le CR d'ETP? -Avez-vous des pistes d'amélioration concernant les points négatifs? 	<ul style="list-style-type: none"> - Cela vous semble-t-il utile pour votre pratique? - Quels renseignements attendez-vous d'un CR d'ETP/diagnostic éducatif? - Quels items vous paraissent indispensables/inutiles/à améliorer? - Quelles remarques avez-vous à faire concernant le format, la structure des CR, le délai d'envoi? 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre Les CR plus adaptés/utiles à la pratique du MG 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic éducatif anonymisé (annexe n°1) 	25 min
	<ul style="list-style-type: none"> -Avez-vous déjà reçu un bilan de diagnostic éducatif? Si non, présentation d'un diagnostic éducatif "type" -Quels sont les points positifs/négatifs concernant le diagnostic éducatif? -Avez-vous des pistes d'amélioration concernant les points négatifs? 			<ul style="list-style-type: none"> - Bilan d'évaluation anonymisé (annexe n°2) 	20 min
CONCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> - Resituer le sujet (transmission des infos) - Remerciements 		<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les MG dans la PEC MDN - Obtenir leur point de vue sur la MDN 		10 min

3.2.3.6 Analyse des résultats

La retranscription a été faite via le logiciel de traitement de texte Word. Nous avons analysé les résultats du focus group par la méthode du codage axial, c'est-à-dire que nous avons regroupé les verbatim par sous catégories (« occurrences »), secondairement classées en grand thèmes (« dimensions »).

L'élaboration du questionnaire de satisfaction et du guide d'entretien, ainsi que l'analyse statistique ont été réalisés avec l'aide de Mme Lucie Germain, chef de projet au service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques.

3.3 Résultats

3.3.1 Enquête de satisfaction

Nous avons envoyé le questionnaire à 202 médecins (152 par mail et courrier et 50 uniquement par courrier). 4 médecins ont été exclus (3 médecins hospitaliers et un médecin responsable d'un réseau d'un réseau de diabétologie dans les Vosges).

6 médecins ont répondu lors du 1^{er} envoi de mail, soit un taux de participation de 3.9%

Un médecin nous a précisé qu'il était désormais en retraite et ne souhaitait plus répondre aux questionnaires. Il a donc été retiré de la liste.

La relance par mail a permis de récupérer 2 questionnaires supplémentaires, soit un taux de participation par internet de 5.3%.

Lors de la relance par courrier, nous avons obtenu 52 réponses mais un questionnaire nous a été renvoyé vierge, soit 51 questionnaires valides.

Nous avons obtenu 12 réponses sur les 50 médecins qui envoient le plus à la MDN et pour qui nous ne disposons pas d'adresse mail.

Le taux de retour par enquête postale était donc de 31.3%.

Au total, nous avons donc contacté 201 médecins et obtenu 71 réponses, ce qui correspond à un taux de participation de 35.3 %.

L'analyse descriptive des données se trouve en annexe n°7.

3.3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

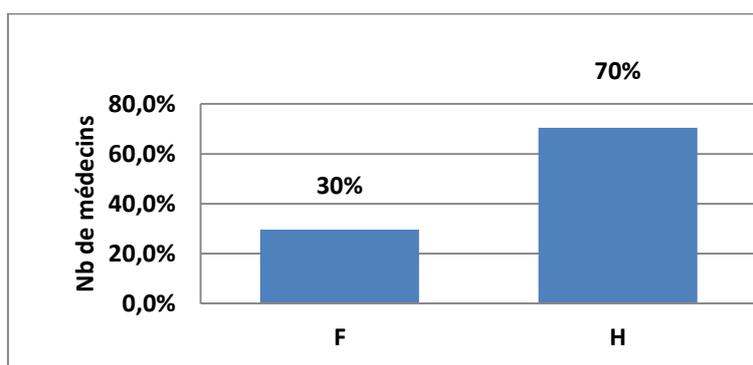


Figure 1 : Répartition des médecins selon leur sexe

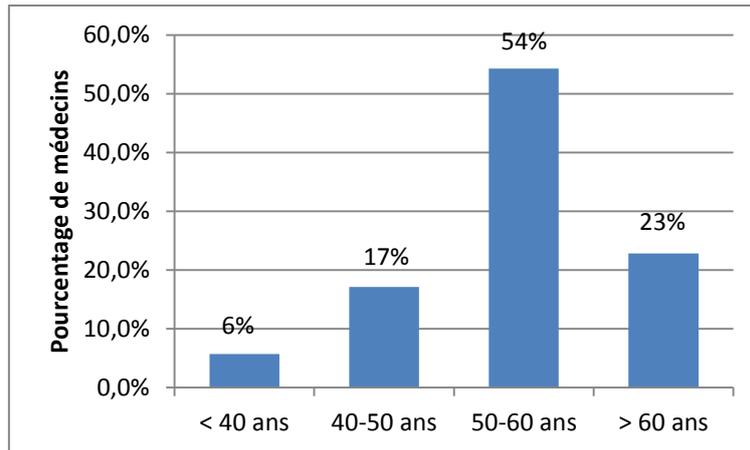


Figure 2 : Répartition des médecins selon leur âge

1 médecin n'a pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 98.6 %.

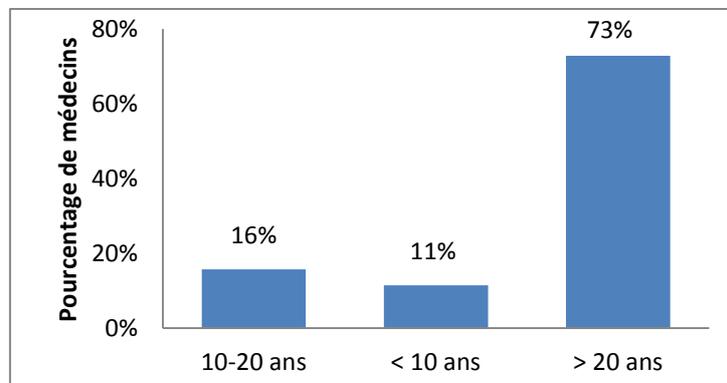


Figure 3 : Répartition des médecins selon leur durée d'installation

1 médecin n'a pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 98.6 %.

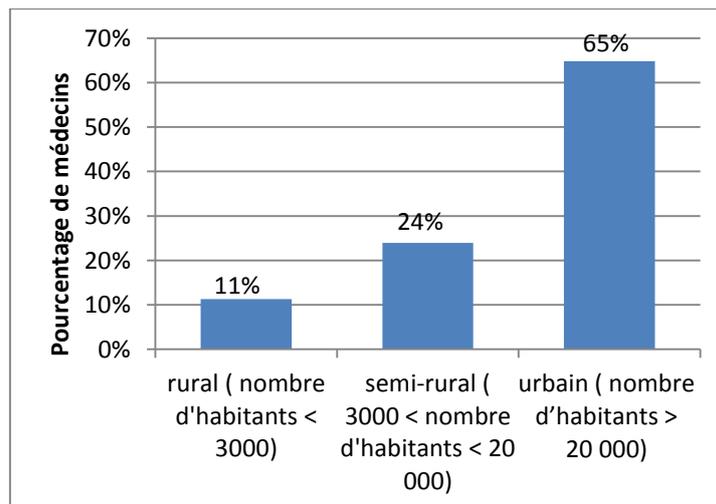


Figure 4 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice

1 médecin n'a pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 98.6 %.

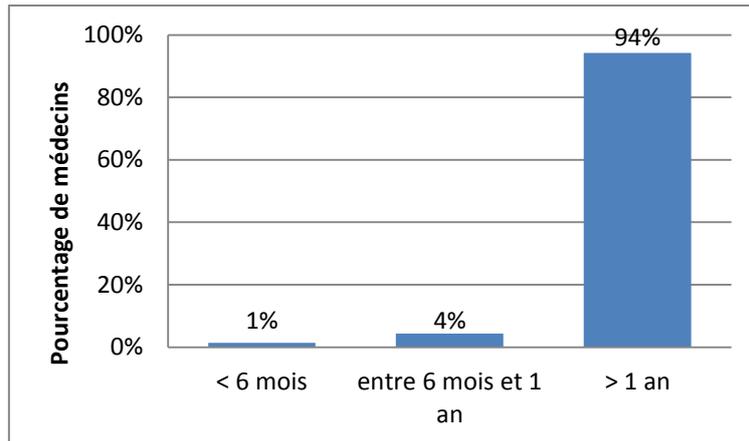


Figure 5 : Répartition des médecins selon leur durée d'adhésion à la MDN 54

2 médecins n'ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 97.2 %.

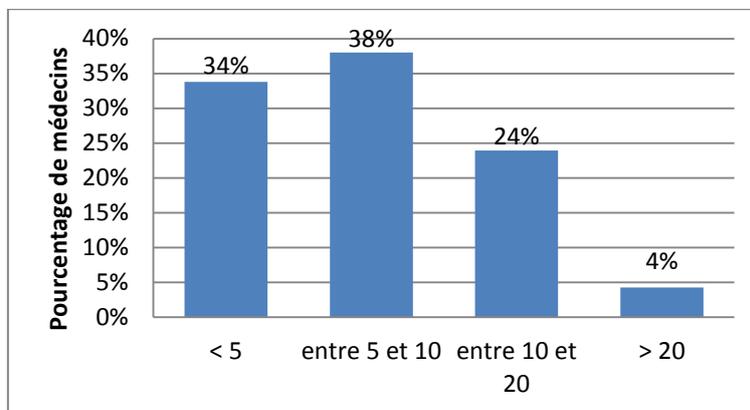


Figure 6 : Répartition des médecins en fonction du nombre de patients adressés à la MDN 54

1 médecin n'a pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 98.6 %.

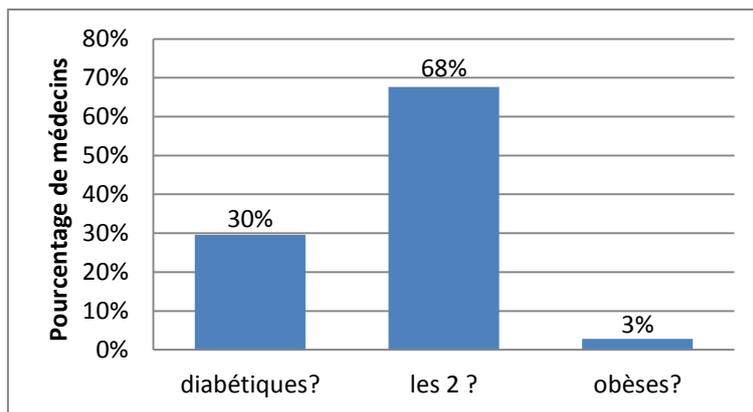


Figure 7 : Répartition des médecins en fonction du type de patients adressés à la MDN
54

3.3.1.2 Satisfaction par rapport à l'ETP proposée par la MDN

Les médecins avaient le choix entre 5 propositions pour exprimer leur degré de satisfaction (tout à fait, plutôt, pas vraiment, pas du tout, non concerné). Pour des raisons de clarté, nous n'avons pas pris en compte les médecins se disant « non concernés » pour le calcul des pourcentages et la réalisation des graphiques.

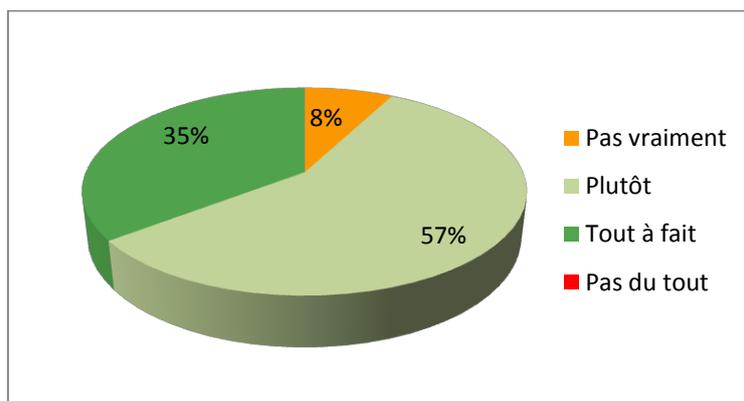


Figure 8 : Satisfaction des médecins concernant la prise en charge éducative réalisée par la MDN 54

6 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

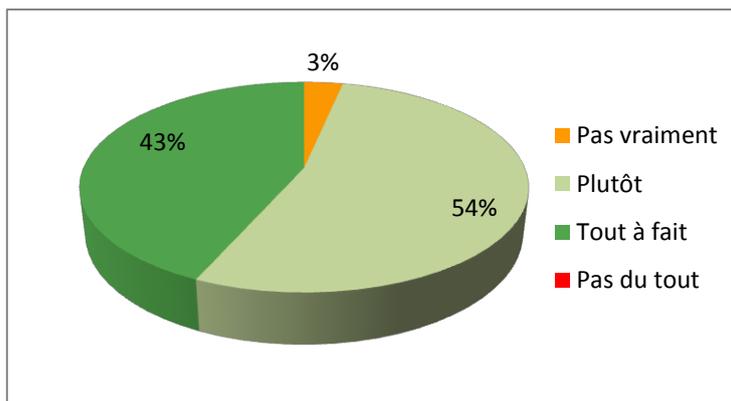


Figure 9 : Satisfaction des médecins concernant les thèmes abordés lors des séances d'ETP

11 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

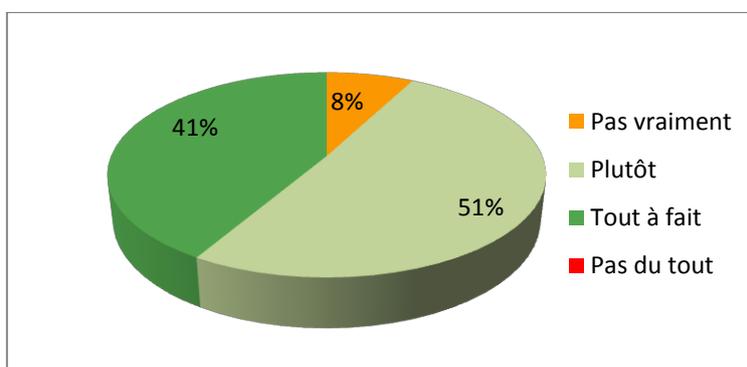


Figure 10 : Ressenti des médecins concernant la facilitation de la prise en charge médicale grâce à l'ETP réalisée par la MDN 54

6 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

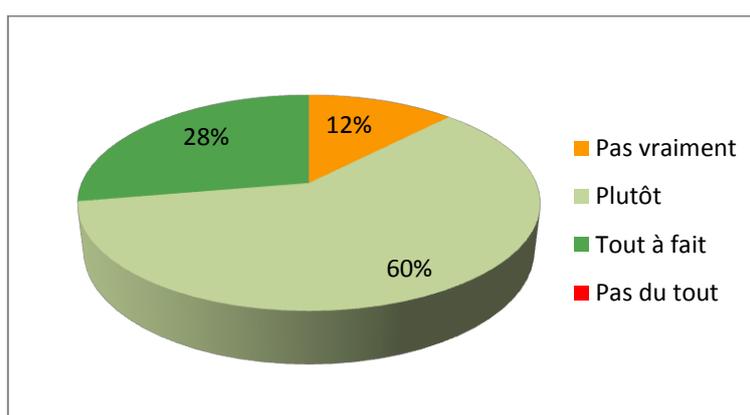


Figure 11 : Ressenti des médecins concernant l'effet de l'ETP sur les compétences du patient

1 médecin n'a pas répondu, soit un taux de réponses de 98.6 %.

5 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

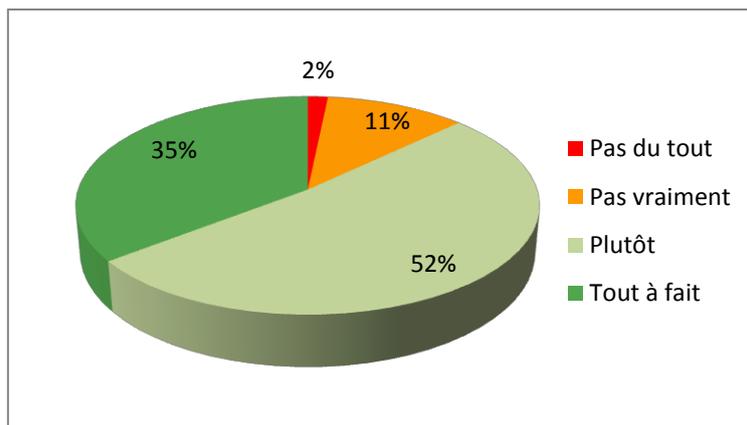


Figure 12 : Satisfaction des médecins concernant les modalités d'accès à l'ETP

4 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

5 médecins n'ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 93 %.

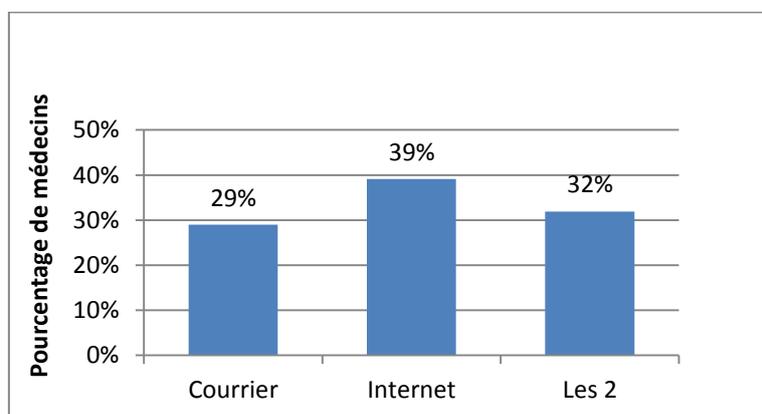


Figure 13 : Opinion des médecins sur le moyen de communication le plus adapté pour la transmission des informations

2 médecins n'ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 97.2%.

3.3.1.3 Avis sur la fiche de bilan annuel du patient diabétique

Les médecins avaient le choix entre 5 propositions pour exprimer leur degré de satisfaction (très satisfait, satisfait, mécontent, très mécontent, non concerné). Pour des raisons de clarté, nous n'avons pas pris en compte les médecins se disant « non concernés » pour la réalisation des graphiques.

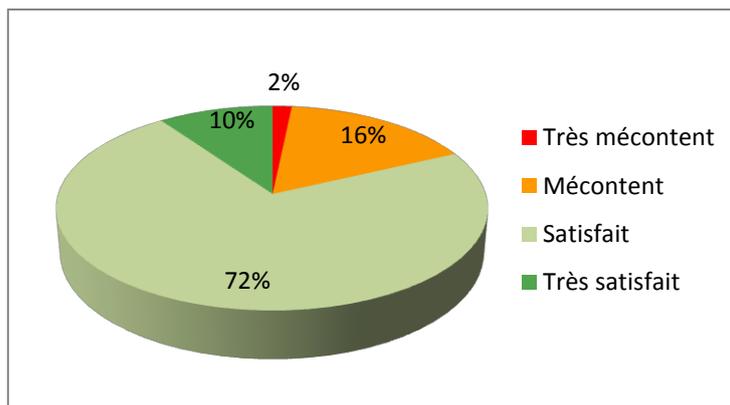


Figure 14 : Satisfaction des médecins concernant la fiche de bilan annuel du patient diabétique

2 médecins n'ont pas répondu, soit un taux de réponses de 97.2 %.

7 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

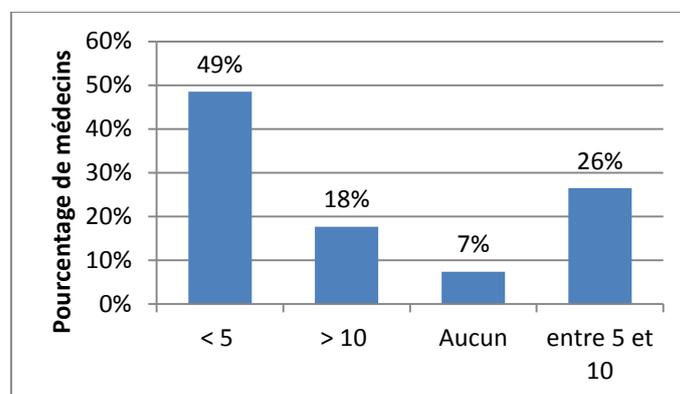


Figure 15 : Répartition des médecins en fonction du nombre de patients pour lesquels la fiche a été complétée

3 médecins n'ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponse de 95.8 %.

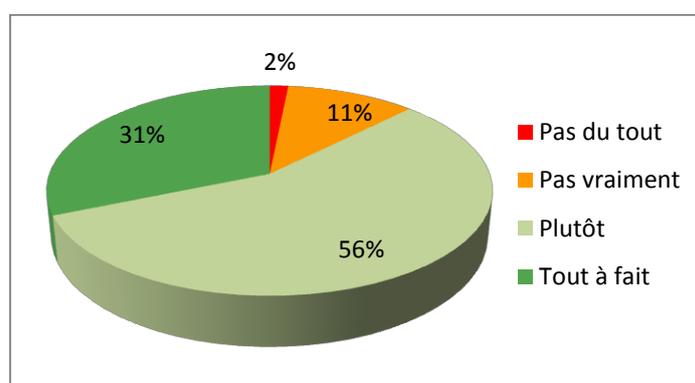


Figure 16 : Satisfaction des médecins concernant la clarté des informations demandées

5 médecins n'ont pas répondu, soit un taux de réponse de 93%.

2 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

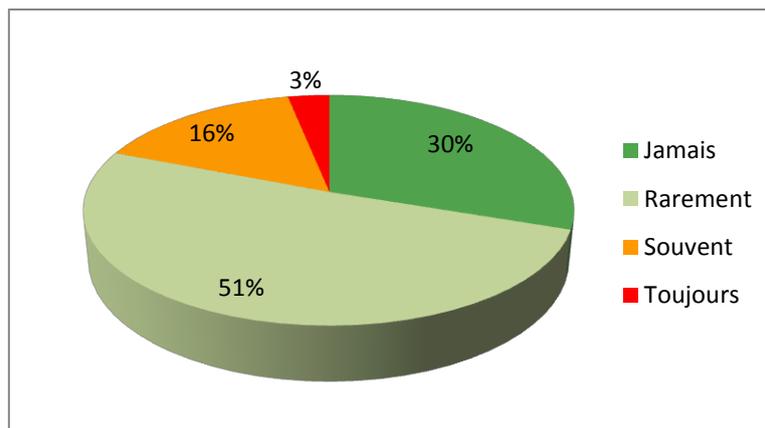


Figure 17 : Fréquence des difficultés rencontrées lors du remplissage de la fiche bilan annuel diabète

5 médecins n'ont pas répondu, soit un taux de réponses de 93%.

3 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

64 médecins ont répondu à la question : « Vous est-il arrivé de ne pas remplir la fiche de bilan annuel diabète ? ». Le taux de réponses était de 90.1%.

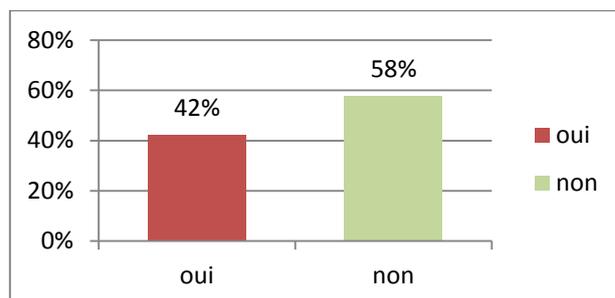


Figure 18 : Répartition des médecins en fonction de leur réponse à la question : « Vous est-il arrivé de ne pas remplir la fiche de bilan annuel diabète ? »

Nous avons réuni sous forme de graphique les réponses concernant les raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas rempli la fiche de bilan annuel diabète.

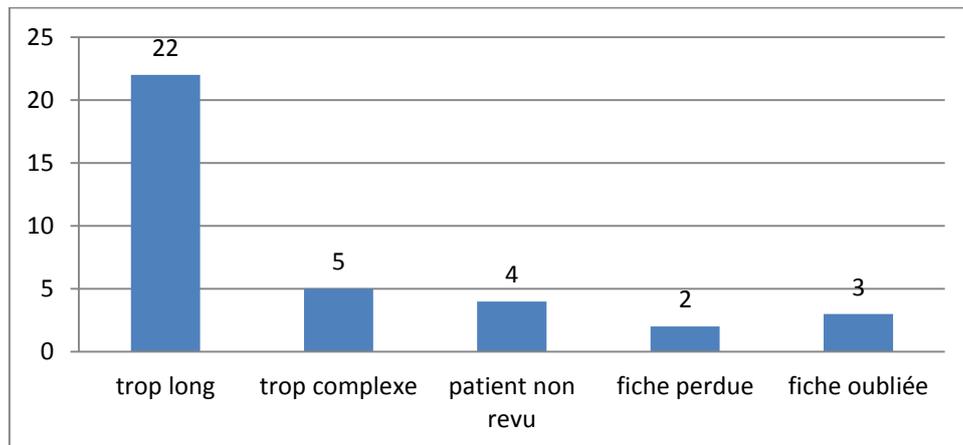


Figure 19 : Raisons pour lesquelles les médecins n'ont pas rempli la fiche de bilan annuel diabète

27 médecins ont répondu à cette question, soit un taux de réponses de 38%. A noter qu'un médecin pouvait donner plusieurs réponses, ce qui explique pourquoi nous avons eu plus de 27 réponses.

63 médecins ont répondu à la question « Faut-il simplifier la fiche de bilan annuel ? », soit un taux de réponses de 88.7%. 4 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

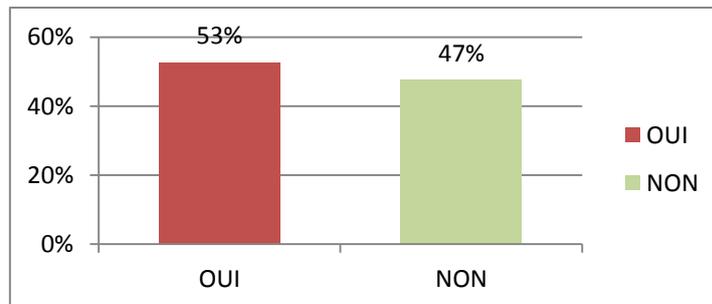


Figure 20 : Répartition des médecins en fonction de leur réponse à la question : « Faut-il simplifier la fiche de bilan annuel ? »

Parmi les médecins ayant répondu qu'il fallait simplifier la fiche de bilan annuel ; seuls 13 médecins ont expliqué les points à améliorer (taux de réponses de 18.3%). Ceux-ci sont regroupés dans le tableau suivant :

Points à améliorer	Nombre de médecins	Commentaires
Fiche trop détaillée	6	<ul style="list-style-type: none"> - Trop détaillée dans la bio ; - Fastidieux ; - Plus lisible, trop dense ; - Problème de clarté, limiter aux items essentiels de la MG ; - Plus rapide ; - Demande d'item trop pointilleuse, améliorer le bilan vasculaire.
Version informatisée interfacée avec logiciel médecin	4	<ul style="list-style-type: none"> - Version fiche mail ; - Version électronique interfacée logiciel métier ; - Se servir des ATCD du logiciel médecin ; - Problème de redondance avec le dossier patient informatisé.
Choix du traitement pas exhaustif	2	Il manque les IDPP4 pour le traitement
Remplacer les QCM par des items libres	1	Remplacer les QCM par des items libres

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des points à améliorer pour la fiche de bilan annuel du patient diabétique

3.3.1.4 Critères de suivi pour un patient obèse non diabétique

Nous avons regroupé les réponses des médecins concernant les critères indispensables pour le suivi d'un patient obèse non diabétique. Au total, 43 médecins ont répondu à cette question (soit un taux de réponses de 60.6%).

Nous avons précisé que l'IMC ne devait pas faire partie des réponses, aussi il n'est pas recensés dans la table ci-dessous.

Les réponses sont regroupées ci-dessous :

Critères biomédicaux pour le suivi d'un patient obèse	Nombre de réponses
Tour de taille	22
EAL	18
HbA1c/glycémie à jeun	14
TA	12
Activité physique	8
Fonction rénale	7
Bilan hépatique	5
Alimentation/apports caloriques	4
Bilan thyroïdien	3
FDR CV ou complications CV, tabac	3
Mode de vie/Critères socio-professionnels	3
Pli cutané	3
Pouls	3
EFR	2
Consultation cardiologue	2
Présence régulière	1
Acide urique	1
Morphotype	1
Ferritine	1
Douleurs osseuses	1
Troubles veino-lymphatiques	1

Tableau 2 : Critères biomédicaux nécessaires au suivi du patient obèse non diabétique

3.3.1.5 Avis sur les comptes-rendus d'ETP

Sur les 71 médecins ayant répondu au questionnaire, 34 médecins ont reçu un compte-rendu d'ETP soit 47.9% d'entre eux. Un médecin n'a pas répondu à cette question. Les résultats qui suivent ne prennent pas en compte les médecins n'ayant jamais reçu de compte-rendu d'ETP.

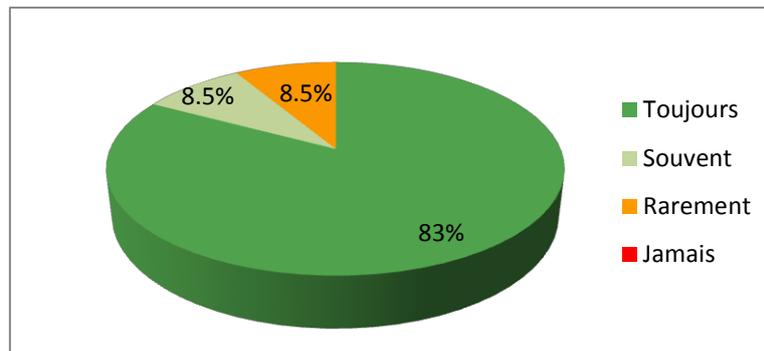


Figure 21 : Fréquence à laquelle les médecins lisent les comptes-rendus d'ETP

3 médecins ont répondu à cette question alors qu'ils avaient déclaré ne pas avoir reçu de comptes-rendus d'ETP.

2 médecins se disaient non concernés par la question.

Pour les 3 prochaines figures, les médecins avaient le choix entre 5 propositions pour exprimer leur degré de satisfaction (très satisfait, satisfait, mécontent, très mécontent, non concerné).

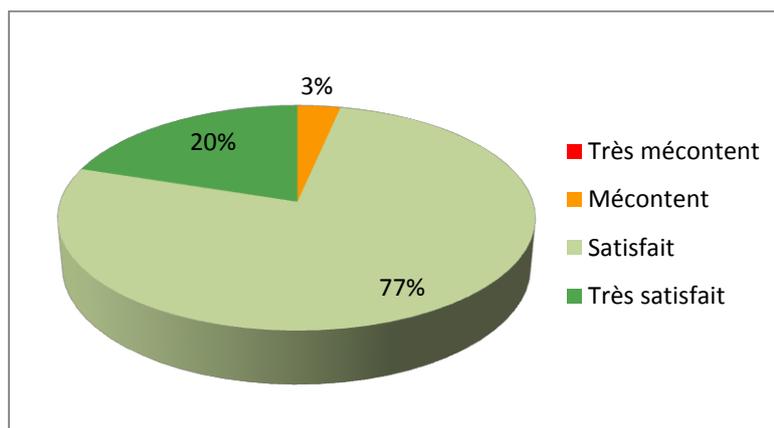


Figure 22 : Satisfaction des médecins concernant les comptes-rendus d'ETP

3 médecins n'ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 91.2%.

4 médecins ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés.

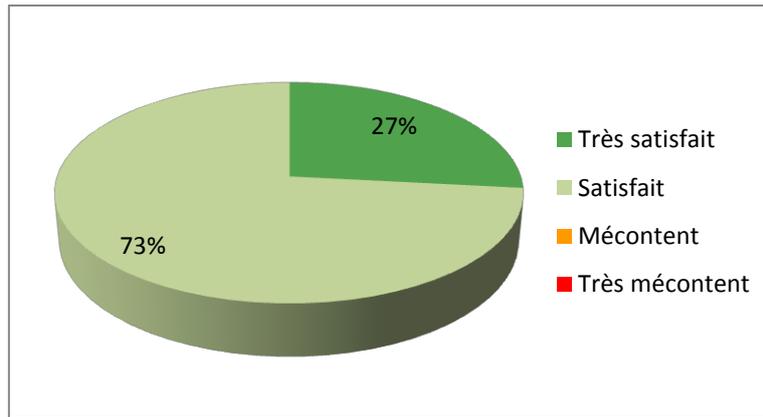


Figure 23 : Satisfaction des médecins concernant la clarté des comptes-rendus d’ETP

3 médecins n’ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 91.2%.

4 médecins ont répondu qu’ils n’étaient pas concernés.

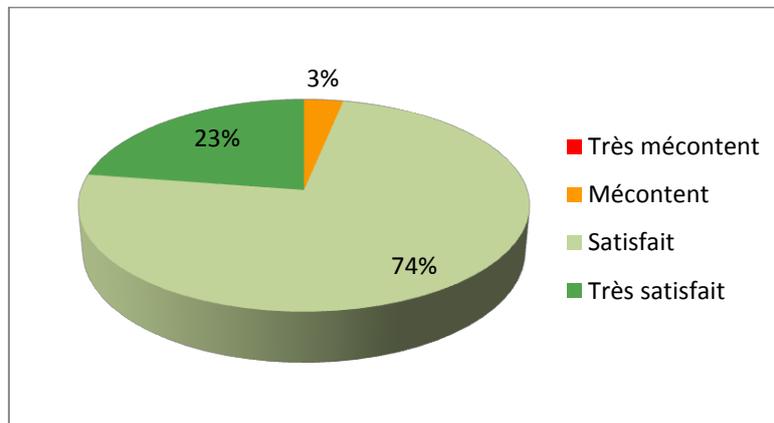


Figure 24 : Satisfaction des médecins concernant la pertinence des informations des comptes-rendus d’ETP

2 médecins n’ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 94.2%.

4 médecins ont répondu qu’ils n’étaient pas concernés.

Pour la figure suivante, les médecins avaient le choix entre 5 propositions pour exprimer leur opinion quant à l'utilité du diagnostic éducatif (tout à fait, plutôt, pas vraiment, pas du tout utile, non concerné). Le calcul des pourcentages et le graphique ont été réalisés sans prendre en compte les non concernés.

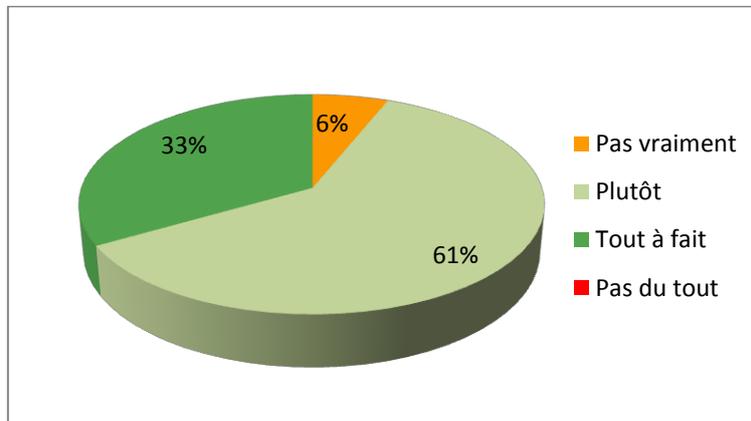


Figure 25 : Opinion des médecins sur l'utilité du diagnostic éducatif pour leur pratique

3 médecins n'ont pas répondu à cette question, soit un taux de réponses de 91.2%.

1 médecin a répondu qu'il n'était pas concerné.

Points à améliorer concernant les comptes-rendus d'ETP :

Seuls 3 médecins ont répondu à cette question (taux de réponses de 8.8%). Ci-dessous les commentaires de chacun :

- Simplifier les items, 1 à 2 idées fortes ;
- Améliorer la communication (email ? apicrypt ?) ;
- N'analyse pas le suivi ou les résultats ;

3.3.1.6 Suggestions et remarques en commentaires libres

11 médecins ont émis des commentaires ne rentrant pas dans le cadre du questionnaire. Ils sont regroupés sous la forme du tableau suivant :

Thème	Suggestions et remarques en commentaire libre
<u>Meilleure visibilité de la MDN et de ses actions</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Un médecin a demandé à ce que la MDN soit « répertoriée dans les pages jaunes ». - Un médecin a expliqué qu'il n'avait « jamais utilisé la MDN pour [s]es obèses » ne sachant pas que cela faisait partie des missions de la MDN. - Un autre a demandé à « avoir des informations sur la nécessité de prescrire l'ETP ».
<u>Meilleure communication</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « En absence de retour de la part de mes patients et de la MDN, il ne m'est pas possible de répondre » aux questions sur la satisfaction par rapport à l'ETP réalisée par la MDN. - « Pas de retour sur les thèmes abordés en ETP, j'aimerais avoir des informations ». A noter que ce médecin n'avait encore reçu aucun compte-rendu d'ETP. - « L'inscription en ligne permettrait de m'avertir si le patient ne prend pas contact avec la MDN car parfois, je ne sais pas ce que font les patients de l'ordonnance ».
<u>Meilleure organisation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Les délais afin d'obtenir un rendez-vous [sont] souvent dissuasifs ». - Un pédiatre a envoyé une lettre en plus du questionnaire exprimant son regret que « le suivi sur les antennes relais [Pont à mousson] ne [soit] pas régulier [et qu'il était] difficile pour [s]es patients de se déplacer sur Nancy (problème de temps et de transport) », raison pour laquelle il envoyait ses enfants obèses à l'hôpital d'enfant de Brabois.
<u>Problème de concurrence</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Quelle est la place de Sophia pour tout cela ? Trop de réseaux tue les réseaux ! » - « Trop de réseaux, trop de fiches ! trop de paperasse ! Et écrit « encore une fiche ! » à la question sur le suivi du patient obèse non diabétique.
<u>Intérêt d'une fiche de bilan annuel exhaustive</u>	<ul style="list-style-type: none"> - « Permet de refaire un point complet »

3.3.2 Focus group

3.3.2.1 Les participants

3.3.2.1.1 Nombre de participants

Au total nous avons envoyé l'invitation à 201 médecins et avons obtenu 10 réponses positives (3 pour le mardi 17/09 et 7 pour le jeudi 19/09).

Le nombre de participants étant trop faible pour le mardi 17/09, nous avons dû annuler la séance. Les médecins ont été prévenus par téléphone de l'annulation de la date et nous leur avons proposé de participer au focus group du jeudi 19/09 mais aucun d'entre eux n'était disponible. Lorsque nous avons appelé les médecins afin de les informer de la date retenue, un médecin s'est finalement désisté.

Nous avons obtenu l'accord de 6 candidats mais l'un des médecins ne s'est pas présenté à la soirée. Il s'est excusé le lendemain en expliquant qu'il s'était trompé de date.

3.3.2.1.2 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les caractéristiques sociodémographiques des participants ont été regroupées dans le tableau suivant. Afin de respecter l'anonymat des participants, nous leur avons attribué un numéro de façon aléatoire.

Médecin	Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Période d'installation	Durée d'adhésion à la MDN	Nombre de patients adressés à la MDN	Activité
Dr 1	H	50-60 ans	Cabinet seul	Urbain	10-20 ans	>1 an	5	- Médecine générale. - Médecine appliquée aux sports. - DU réparation juridique des dommages corporels. - Homéopathie. - DU d'éducation thérapeutique.
Dr 2	H	>60 ans	Cabinet de groupe	Urbain	>20 ans	>1 an	1	- Médecine générale.
Dr 3	F	40-50 ans	Cabinet seul	Urbain	10-20 ans	>1 an	37	- Médecine générale. - DU d'éducation thérapeutique.
Dr 4	H	50-60 ans	Cabinet seul	Urbain	>20 ans	>1 an	7	- Médecine générale. - Biologie du sport. - Homéopathie.
Dr 5	H	>60 ans	Cabinet seul	Urbain	>20 ans	>1 an	8	- Médecine générale.

Tableau 3 : Récapitulatif des données sociodémographiques des médecins participants au focus group

3.3.2.2 Déroulement du focus group

Le focus group a duré 2h, sans interruption à la demande des participants.

Nous avons débuté par une présentation PowerPoint sur l'ETP en général ainsi que sur les principaux résultats de l'enquête de satisfaction. Ensuite nous avons expliqué le déroulement de la soirée, suivi d'un tour de table pour que chaque médecin se présente. Tous les participants ont donné leur accord avant de débiter l'enregistrement.

Nous avons commencé par recueillir l'avis des médecins sur la mise en place de l'ETP en ville puis nous avons suivi la trame de la grille d'entretien présentée dans la partie « matériels et méthodes ».

Deux participants qui se connaissaient (Dr 1 et Dr 3) ont parfois joué le rôle de modérateur en questionnant leurs collègues. A noter que ces 2 médecins ont été formés à l'ETP. Le Dr 1 a pu par moment prendre une position de leader, ce dernier ayant participé à plusieurs réunions avec les organismes de tutelles sur les modes de rémunération des médecins généralistes.

Le Dr 2 et le Dr 5 se connaissaient également alors que le Dr 4 ne connaissait personne. Il a d'ailleurs été plus effacé, parlant peu spontanément mais dans l'ensemble l'ambiance était détendue et conviviale.

Le modérateur, même s'il n'a pas cherché à imposer son opinion, a fait office d'« expert » à plusieurs reprises.

3.3.2.3 Transcription écrite

Nous avons retranscrit mot à mot la totalité des échanges verbaux, excepté les quelques fois où les médecins ont eu des discussions en aparté, ce qui était difficilement audible. Les aspects non verbaux ont été retranscrits avec le plus de fidélité possible grâce aux notes prises lors de la soirée.

Le verbatim ainsi obtenu est présenté en annexe n°8.

3.3.2.4 Analyse du focus group

Nous avons regroupé les verbatim du focus group par sous catégories secondairement classées en grand thèmes selon le plan suivant.

3.3.2.4.1 Difficultés pour la mise en place de l'ETP en ville

- Difficultés à faire de l'ETP de proximité

Les médecins estimaient qu'il fallait décentraliser l'ETP pour intégrer le maximum de patients. La MDN a tenté de répondre à cet objectif en créant 5 antennes relai réparties sur la Meurthe-et-Moselle mais il subsiste des problèmes d'organisation. Le recrutement des patients étant plus difficile, cela abouti à des délais de RDV plus longs et parfois même à des annulations de séances. Hors cela est source de démotivation de la part des patients. Les médecins expliquaient également que les horaires des séances ne permettaient pas d'intégrer les patients actifs qui sont moins disponibles.

«Le patient s'il est à Bitche, il fait son diagnostic éducatif à Bitche. Je sais pas si ça arrivera à le convaincre de venir jusque Nancy.»

«Parfois y'a des grands laps de temps. [Les patients] n'ont pas de nouvelles [...] Les créneaux sont très difficiles à trouver pour satisfaire tout le monde.»
--

« Les patients on annule une fois, on annule deux fois et puis après ils disent stop »
--

« Alors moi quand je parle, c'est souvent des retraités ou des gens plus jeunes mais qui ne travaillent pas mais chez les actifs qui travaillent effectivement mettre en place de l'éducation thérapeutique, c'est très très difficile. »

- Un manque de formation

Les médecins s'accordaient à dire qu'il y avait un manque de formation sur l'ETP. Certains soulevaient un problème de compréhension des termes utilisés en ETP (en évoquant le stade de Prochaska par exemple). Un médecin se demandait si ses difficultés à promouvoir l'ETP ne résultaient pas d'un manque de formation. Un autre soulignait le fait que tous les médecins n'étaient pas forcément intéressés par l'ETP.

« On a un problème de langage individuel et on aura toujours du mal à se comprendre.»

« Si on est intéressé par effectivement l'éducation thérapeutique, on a entendu parler de ça, si on n'en a pas entendu parler... »
--

« C'est certainement de ma faute, je l'ai pas présenté comme il fallait très certainement. »
--

« Je pense que les gens qui sont un peu motivés sur l'éducation thérapeutique ça va leur parler et puis y'en a plein... »

- Difficultés à motiver les patients

Les médecins s'accordaient à dire que la principale difficulté était de motiver les patients. Ils expliquaient que les patients n'étaient pas demandeurs d'ETP, qu'ils se focalisaient sur le traitement médicamenteux au détriment du reste. Un des médecins expliquait également que ses patients acceptaient de se rendre à la MDN pour couper court à la discussion mais qu'en réalité, ils ne s'y rendaient pas. Par ailleurs, ils estimaient que la motivation des patients était très limitée et que le moindre problème était prétexte à tout arrêter.

« J'ai l'impression qu'ils sont pas demandeurs au départ. Donc il faut déjà les motiver, il faut déjà les pousser puis c'est le problème de l'éternel humain c'est que on est feignant par nature donc pourquoi faire quelque chose quand on peut ne pas le faire. »

« Il y [a] une forme de lassitude parce que les patients chroniques s'en fout[ent] un peu, dis[ent] « Dr augmentez- moi les médicaments et puis tout va bien se passer » et puis on n'arrivait pas à épanouir le versant activité physique, nutrition en contrepartie d'une prise en charge médicamenteuse qui simplifiait les problèmes. »

« J'ai souvent les ordonnances qui passent à la poubelle. Pour la MDN, ils vont me dire « oui » mais en fait je m'aperçois la fois d'après qu'il l'ont pas fait et puis à un moment je m'aperçois que c'est quasi à la poubelle quoi. »

« Les gens peuvent être motivés si on les pousse un peu mais la motivation elle est très limitée et ils se démotivent très vite s'ils obtiennent pas... Quand je leur parle de ça c'est « ouais mais ça va être quand je vais pas avoir le temps nanani nanana ». Le problème c'est qu'ils veulent tout, tout de suite. »

« S'il y a une raison quelconque qui fait que... c'est administratif, qu'il faut se déplacer, que c'est pas la bonne heure ainsi de suite ... »

Les médecins estimaient que le fait de devoir rédiger une ordonnance pour s'inscrire à la MDN était une bonne chose. Certains expliquaient qu'elle permettait de donner plus de valeur à l'ETP. D'autres pensaient que cela permettait de relancer la discussion si les patients ne s'étaient pas rendus à la MDN.

« Il y a quelque chose qui est important : c'est de l'écrire, de faire l'ordonnance même si l'ordonnance il l'a met à la poubelle, le fait de l'avoir eu dans la main et ben ça permet à la graine de germer. »

« Le prochain coup « ah tiens l'ordonnance qu'est-ce que vous en avez fait ? »

Les médecins s'accordaient aussi à dire que les patients obèses non diabétiques étaient encore plus difficiles à motiver car l'obésité n'est pas considérée comme une maladie et qu'ils ne venaient jamais en consultation pour cela.

« Le problème de l'obésité [...], à part certains, ils nous consultent jamais pour ça donc c'est au cours d'un événement quelconque... [...] Dans ce genre de patient, on peut ne pas les voir d'une année sur l'autre. »

« Les jeunes filles ou les jeunes gars qui sont déjà à un IMC de 30, t'en a plein la consultation et ils sont réfractaires»

- Difficultés à intégrer l'ETP à la consultation

La majorité des médecins expliquaient qu'il était difficile d'intégrer l'ETP au cours d'une consultation pour renouvellement de traitement. Un des médecins estimait qu'il suffisait de reconvoquer les patients en dehors du renouvellement de traitement mais les autres participants expliquaient qu'il était difficile de convoquer un patient uniquement pour faire de l'ETP, que les patients n'étaient pas habitués à ce type de consultation. Un autre ajoutait que depuis la taxation de 50 centimes par boîte de médicaments, les patients demandaient des boîtes de 90 comprimés pour avoir moins de frais et, du coup, ne revenaient que tous les 3 mois, ce qui laissait peu de créneaux pour faire de l'ETP.

« Je pense qu'il faut pas hésiter à leur dire de revenir le mois suivant s'il y a pas mal de chose et pour peut-être les motiver un petit peu à l'éducation thérapeutique. »

« Dans la consultation qui va durer 25 min : parler de la prise de sang, parler des résultats cliniques, c'est à dire hors prise de sang voir un petit peu le point sur la prise des médicaments et ben il reste plus grand-chose. Et les gens ils sont bien contents, ils nous disent « vous nous redonnez pour 3 mois ceci et cela et cela et le problème est réglé. »

« Le patient il va venir pour autre chose parce que tu le feras pas venir que pour son diagnostic éducatif. »

« J'arrivais à en tenir tous les 2 mois (je faisais à renouveler 1 fois) mais quand ils ont compris que y avait 50 centimes qu'une fois sur une boîte de 90 alors là. »

- Qui doit faire l'ETP ?

Les opinions divergeaient à ce sujet. La majorité des médecins jugeaient que ce n'était pas à eux de faire de l'ETP mais plutôt aux réseaux. La raison invoquée était essentiellement un manque de temps. Un des médecins avait une opinion un peu moins tranchée : pour lui, le médecin traitant était le mieux placé pour faire le diagnostic éducatif mais les séances d'ETP devaient être réalisées par des structures spécialisées. Il pensait que les difficultés étaient surtout liées à un problème d'organisation du temps médical plutôt qu'à un manque de temps.

« Le médecin généraliste, même s'il est payé plus, il prendra pas le temps donc effectivement ça peut durer $\frac{3}{4}$ d'heure 1heure (en évoquant le diagnostic éducatif). Le patient il va venir pour autre chose parce que tu le feras pas venir que pour son diagnostic éducatif [...] Je peux pas me permettre de passer une heure avec un patient.»

«J'ai pas le temps de le briefier je vais m'appuyer sur une structure effectivement qui fera le travail à ma place. »

« Comme y'a beaucoup de données que le médecin connaît sur le patient donc ça peut aller plus vite que quelqu'un qui ne connaît pas l'historique. »

« C'est à toi d'organiser ton activité médicale, de dire c'est telle journée l'après-midi consacrée à l'éducation thérapeutique »

- Motiver les patients prend du temps

Les médecins s'accordaient tous pour dire qu'il fallait beaucoup de temps pour motiver les patients. Ils ont évoqué leurs différentes expériences pour illustrer ce propos.

« Je me suis aperçu que les choses mettent un temps à se faire [...]. Et ils disent « mais vous vous rappelez il y a 5/6/7/8 ans, vous m'avez dit ça et ce jour-là il s'est passé quelque chose ». Je veux dire l'inconscient a besoin de temps pour que les graines germent »

« Je lui ai dit : « Ecoutez mais est-ce que vous avez déjà pensé peut être que si vous faisiez ça y'aurait une perte de poids, une amélioration de l'image etc ».Voilà ce que j'ai dit il y a quelques mois. Craque aujourd'hui elle me dit « ah ben écoutez, vous savez vous m'avez parlé de l'atelier...». ça y est là elle a changé, là elle a basculé elle est déjà dans l'intention. Auparavant c'était pas la peine j'aurai fait une ordonnance, elle passait à la poubelle l'ordonnance. »

- Les patients sont satisfaits de la MDN

Un médecin tenait à souligner que les patients qui s'étaient rendus aux séances d'ETP en étaient très satisfaits.

« Les patients qui ont fait des séances d'éducation thérapeutique et qui sont à la fin, ils sont contents d'en refaire. Ils aimeraient bien d'ailleurs qu'on les reconvoque.»

- Un problème de rémunération

Tout le monde n'était pas d'accord sur ce point. Certains pensaient qu'il fallait revaloriser les actes CCAM en fonction du type de consultation. Un médecin estimait que cela serait trop compliqué, qu'il ne connaissait déjà pas tous les actes de CCAM actuels. Un autre expliquait que la rémunération n'était pas un obstacle en soi, que le problème était lié au manque de temps.

« Le problème, il est qu'actuellement au niveau de la CCAM on n'arrive pas à distinguer des C de différentes valeurs. Tu fais une prescription de pilule en 30s c'est C23 tu fais une consultation d'une demi-heure avec un polypathologique c'est C23.»

« Ça fait un peu usine à gaz, tel truc tel C, tel truc tel C... »

« Le médecin généraliste, même s'il est payé plus, il prendra pas le temps.»

- Le cas de SOPHIA

Les médecins ont exprimé leur mécontentement vis-à-vis de Sophia et ont expliqué que cela pouvait porter préjudice à la MDN en termes de concurrence.

« On a le problème de Sophia. Où les gens effectivement si on leur propose l'ETP enfin la Maison du diabète ou quoi ils vont nous dire ben y'a déjà Sophia. »

« Parce que Sophia ils les harcèlent, ils les relancent »

« Avec une sensation quand même de rouleau compresseur, d'un mammoth dans le lancement. C'est une usine. »

3.3.2.4.2 La fiche de bilan annuel diabète

Nous avons classé les commentaires des médecins en fonction des axes à améliorer.

- Sur le côté exhaustif

Certains trouvaient que cela était utile et permettait de se remettre à jour. D'autres expliquaient qu'ils ne remplissaient jamais la fiche en entier car ils n'avaient pas toutes les informations.

« Des fois il manque des choses mais c'est bien, comme ça si on a oublié ben on se dit tiens, on va peut-être faire l'examen ? »

« J'essaie toujours de la remplir parce que ça me permet de mettre un petit peu de l'ordre dans mon dossier médical informatique. »

« Il manque toujours quelque chose. »

- Critères indispensables au suivi du patient diabétique

Tout le monde s'accordait pour dire que l'IMC, l'HbA1c, la fonction rénale (avec recherche de microalbuminurie) étaient des critères indispensables au suivi du patient diabétique. Par contre, les avis divergeaient pour savoir s'il fallait préciser le traitement dans les détails ou uniquement les classes thérapeutiques. Un médecin pensait qu'il fallait être précis, que cela permettait d'en déduire plus d'informations (notamment sur l'observance). Les autres estimaient que la notification des classes thérapeutiques suffisait.

« Le minimum : poids taille, l' hba1c, la fonction du rein. »

« La clairance, la micro albuminurie et l'hémoglobine glyquée, je pense que c'est indispensable de l'avoir une fois par an [...] et puis le traitement.

« Peut-être que dans les antidiabétiques oraux, il faut peut-être quand même préciser [...] Pour savoir combien il en a parce que le gars qui a 50 ans, qui a 3 antidiabétiques oraux et qui a une hémoglobine glyquée à 8.5, c'est peut-être parce qu'il est pas observant.»

« Ou peut être que c'est compliqué »

« Dans les catégories. »

- L'année du diagnostic du diabète

Les médecins estimaient que cette donnée était un peu trop précise, qu'ils avaient rarement la date exacte de diagnostic du diabète. Ils proposaient de mettre des tranches d'années ou uniquement de préciser si le diabète évoluait depuis plus de 10 ans ou pas.

« Alors moi l'année de diagnostic du diabète, des fois je l'ai pas. »

« Est-ce qu'on peut pas noter supérieur à 10 ans ou inférieur à 10 ans ? Et puis mettre si c'est inférieur à 10 ans [...] Ou alors des tranches d'années ce serait peut-être mieux ? »

- Tension artérielle

Cet item a fait débat. En effet les médecins ne s'accordaient pas sur l'importance de cette donnée. Un médecin estimait que le chiffre tensionnel sur une consultation donnée n'avait pas d'intérêt. Les autres estimaient que cela permettait de voir si les patients avaient une tension équilibrée ou pas. Finalement tout le monde s'accordait à dire qu'il serait suffisant de mettre une case HTA traitée (Oui/Non) et si oui équilibrée (Oui/Non) tout en précisant l'objectif tensionnel recommandé.

« La pression artérielle, je pense que ça, vous pouvez l'enlever puisque maintenant il est quand même dit que les patients doivent contrôler leur tension à domicile. Enfin moi je la contrôle quand ils viennent au cabinet mais c'est pas la tension véritable. »

« Moi je trouve que le chiffre c'est bien. »

« Marquez HTA traitée oui/non et puis voilà on sait s'il a une HTA ou pas. »

« Au lieu de mettre systolique/diastolique ça peut être équilibrée/non équilibrée. »

« En précisant l'objectif recommandé. »

- Antécédents familiaux

Les médecins nous ont fait remarquer qu'il y avait une erreur dans la case des antécédents familiaux. En effet, nous avons écrit « accident cardio-vasculaire précoce chez un **patient** du 1^{er} degré » alors qu'il fallait écrire « accident cardio-vasculaire chez un **parent** du 1^{er} degré ». Ils expliquaient également que cette information n'était pas toujours évidente à récupérer car les patients eux-mêmes ne connaissaient pas dans le détail les antécédents de leurs parents. Ils illustraient leurs propos en évoquant des réponses prononcées par leurs patients.

« Il a fait une attaque » mais on sait pas si c'est une hémiparésie ou un infarctus, ça c'est un classique. »

« Il est mort du cœur. »

- Gradation du risque podologique

Un des médecins jugeait que la gradation du risque podologique n'était pas de son ressort. Les médecins avouaient par ailleurs avoir tendance à majorer le grade pour que leurs patients bénéficient du remboursement par la sécurité sociale.

« Quand tu sais que le podologue te le quantifie pas et que tu me demandes à moi d'aller quantifier le risque podologique .. »

« ils [les podologues] demandent aux patients de le quantifier pour qu'ils se fassent rembourser donc on est obligés de faire quelque chose. [...] Ils sont tous en grade 2 ! »

- Fiche interfacée logiciel métier

Un médecin estimait qu'il fallait créer une fiche interfacée avec le logiciel métier, ce qui permettrait de gagner du temps. Les autres médecins étaient d'accord mais certains jugeaient cette proposition difficile à mettre en pratique.

« J'aimerais un formulaire sur mon logiciel métier électronique avec tout ce qui est administratif se remplisse automatiquement et les parties que j'ai déjà renseignées dans les antécédents se remplissent automatiquement aussi, c'est-à-dire que si dans les antécédents j'ai mis rétinopathie voilà clac « rétinopathie « ça sort. »

« Y'a plusieurs logiciels et je sais pas comment vous arriverez à être compatible avec tout le monde.»

- Faire une fiche pré-remplie à compléter chaque année

Les médecins pensaient qu'il serait intéressant de ne remplir entièrement la fiche que la première fois et par la suite de l'utiliser comme base afin de n'y renseigner que les modifications survenues au cours de l'année. Un médecin expliquait que cela permettrait également de suivre l'évolutivité, chose qui ne ressortait pas selon lui.

« Je pense qu'il faudrait demander quelles sont les données nouvelles depuis la dernière année : ça ferait, je pense, nettement gagner du temps.»

« Faut te simplifier le boulot alors de dire je fais une première fois une fiche. Après au réseau de me renvoyer ma fiche pour les éventuelles modifications. »

« Ce qui ressort pas là-dedans c'est l'évolutivité depuis la fois d'avant »

- Mettre une donnée sur l'observance

Un des médecins regrettait que cette fiche ne permette pas de déterminer le degré d'observance du patient. Les autres estimaient qu'il s'agissait d'un point intéressant mais difficile à quantifier. Un autre ajoutait qu'il fallait veiller à ne pas vexer les patients qui sont nombreux à lire la fiche de bilan annuel.

« Je sais pas comment la rentrer : y'a quelque chose chez le diabétique, je veux dire on tourne autour du pot aussi mais c'est l'observance.»

« C'est difficile à quantifier quand même.»

« Je pense que ça peut peut-être être ajouté avec un langage diplomatique [...]. Régulièrement le patient va voir la feuille jaune. »

- Avis sur la nouvelle fiche de bilan annuel du patient diabétique (annexe n°5)

La fiche de bilan annuel a été retravaillée et simplifiée. Les médecins semblaient satisfaits de cette nouvelle fiche.

« Il est plus clair déjà. »

« J'aime bien tes indicateurs de suivi annuel. »

- Fiche informatisée

Tout le monde était d'accord pour dire qu'il fallait informatiser la fiche de bilan annuel.

« Cet outil là par internet et informatique, ça serait le pied. »

3.3.2.4.3 Fiche de suivi du patient obèse non diabétique

- Items pertinents

Tous les médecins s'accordaient à dire que l'IMC, le tour de taille et les hospitalisations étaient des points pertinents pour le suivi d'un patient obèse.

- Concernant les hospitalisations

Certains médecins pensaient qu'il fallait quantifier le nombre d'hospitalisation, tout en avouant qu'il risquait d'y avoir moins d'hospitalisations chez un patient obèse non diabétique donc avec une moyenne d'âge à priori plus basse.

« Les hospitalisations pour quel motifs il faudrait un nombre »

« Y'aura moins d'hospitalisations à priori »

- Poids à 18-20 ans

Les médecins estimaient que cette donnée était importante mais trop précise. Ils avaient tendance à rechercher le poids chez le jeune adulte en posant des questions qui appelaient une réponse approximative.

« Quand vous étiez jeune fille. »

« 18-20 ans : c'est peut-être un peu.... Ils s'en rappellent peut-être pas trop mais par contre moi je leur demande avant d'avoir eu leur premier enfant ou quand ils étaient jeune mariés pour les hommes. »

- Apnée du sommeil

Plusieurs médecins estimaient que cela ne devait pas faire partie du bilan systématique du patient obèse, qu'il y aurait un risque de diagnostic à outrance. D'autres estimaient que les patients en parlaient d'eux-mêmes et que c'était l'occasion de le dépister. Finalement les médecins proposaient de ne noter que les patients appareillés et d'avoir la possibilité de cocher une case « ne sait pas ».

« Je la recherche pas à titre systématique parce que sinon on en trouverait à mon avis 2 fois sur 3. Je suis pas trop pour la rechercher chez tous les patients obèses. »

« Quand tu les interrogues, ils en présentent tous. Personne ne va te faire une échelle d'Hepworth pour remplir le bilan ! »

« Un obèse est souvent fatigué et il va être somnolent... »

« De toute façon les gens le demandent, ils sont civilisés : ils ont lu, ils ont entendu. »

« Je pense que c'est l'occasion de se reposer la question pour ne pas l'oublier je dirais. »

« On pourrait peut-être faire une petite case ne sait pas ? NSP là ? »

« La question importante c'est : est-il appareillé ou pas ? S'il est appareillé, t'es sûr qu'il fait vraiment des apnées du sommeil. »

- L'insuffisance respiratoire

Les médecins estimaient que le terme « insuffisance respiratoire » pouvait porter à confusion. Ils proposaient plutôt de parler de dyspnée et, le cas échéant, de la quantifier.

« Je trouve que c'est un petit peu gênant parce que s'ils sont obèses, la plupart du temps, ils ont pas une insuffisance respiratoire mais ils ont une dyspnée parce qu'ils ont du panicule à bouger ... C'est pas une vraie insuffisance respiratoire mais c'est une insuffisance respiratoire quand même.. »
--

« C'est une gêne fonctionnelle.»

« Dans ce cas-là, tu mets dyspnée NYHA avec les stades. »

- Tension artérielle

Les médecins ont émis les mêmes remarques que pour la fiche de bilan du patient diabétique, à savoir ne pas mettre de chiffre mais juste HTA traitée oui/non.

« La pression artérielle, c'est pareil, je pense qu'on peut peut-être marquer HTA traitée oui/non.»

- Electrocardiogramme

Les médecins estimaient qu'un ECG annuel ne se justifiait pas en absence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires. Pour la fréquence de réalisation de l'ECG, cela dépendait du contexte clinique.

« On va pas le passer à la moulinette tous les ans sinon les cardiologues disjonctent. »
--

« Après, s'il a une hypertension artérielle on peut... »
--

« Ca dépend de l'âge. C'est pas pareil s'il a 20 ou 50 ans »
--

- Bilan biologique : glycémie et EAL

Là aussi les médecins expliquaient que la fréquence des examens dépendait du contexte clinique. Ils proposaient de maintenir les items en gardant bien en tête que cela ne devait pas forcément être fait tous les ans, ce qui sous-entendait que les intervenants de la MDN ne devaient pas l'interpréter comme un oubli de la part du médecin.

« Si c'est un jeune obèse qui démarre, il a rien. Mais le jeune obèse de 25 ans, c'est probablement pas celui-là qui ira dans le réseau. On s'adresse plus aux 40-50 ans : il est pré diabétique celui-là et donc lui, il est à dépister. »

« Un 40 ans qui a rien, qui a un cholestérol normal, qui a une glycémie normale et qui a pas d'hypertension, on va pas lui faire un bilan tous les ans ! »

« On peut remplir aussi bien chez un patient avec facteur de risque que chez un patient sans facteur de risque, mais pour un patient qui n'a aucun facteur de risque, ne pas dire « ah ben le médecin il l'a pas fait alors faudrait peut-être qu'il refasse un bilan. »

Les médecins expliquaient qu'il n'était pas pertinent de demander si le patient a bénéficié d'un bilan lipidique et d'un dosage de la glycémie depuis 1 an alors que cela fait partie des items à remplir juste au-dessus.

« Là c'est redondant entre « depuis 1 an le patient a-t-il bénéficié d'un bilan lipidique ? » On l'a au-dessus [...]. Et là y'a « dosage de la glycémie » on l'a au-dessus aussi donc je sais pas si c'est pertinent. »

- Alcoolémie à jeun

Un seul médecin a proposé de rajouter un item sur l'alcoolémie à jeun mais les autres médecins ne semblaient pas trouver cela pertinent.

« Et l'alcoolémie à jeun ? »

- Antécédents familiaux

Plusieurs médecins pensaient qu'il serait intéressant de rajouter les antécédents familiaux d'obésité. Un médecin pensait que cela n'était pas forcément utile puisque la question sera posée lors du diagnostic éducatif.

« Si les parents ont toujours été forts comme ils disent « moi je suis d'une famille de forts », dans l'éducation ça, je crois que ça, c'est important »

« Oui mais ça c'est dans le bilan éducatif où ça va être posé la question ? Donc après est-ce que ça sert vraiment dans le bilan médical... »

- Pour la fréquence de la fiche

Dans l'ensemble les médecins estimaient qu'il fallait que la fiche soit complétée de façon annuelle pour éviter de « perdre de vue » le patient, tout en expliquant que les patients obèses n'étaient pas forcément vus en consultation tous les ans.

« Il faut pas que ça s'effiloche parce que s'il y a des intervalles trop long.. »

« Dans ce genre de patient on peut ne pas les voir d'une année sur l'autre. »

3.3.2.4.4 Comptes-rendus d'ETP

- Progression des acquisitions sur le bilan d'évaluation

Tout le monde jugeait utile le fait de voir la progression des acquisitions du patient. Par contre, ils estimaient que le résultat serait plus lisible sous la forme d'une étoile de David. Ils proposaient également de mettre un titre « évaluation des objectifs acquis ».

« Je pense que c'est intéressant [...] de savoir où est-ce qu'il en est et puis au final de voir ce qui a pu être amélioré par rapport au départ. [...] Et puis même pour l'encourager après on peut peut-être rebondir dessus. »

« Oui c'est un petit plus. »

« Le résultat tel qu'il est, c'est pas lisible [...]. Il faut nous faire un étoile de David un truc comme ça. »

- Sur les ateliers réalisés ou pas

Les médecins estimaient qu'il était important de savoir à quels ateliers le patient avait participé. Par contre, ils pensaient que le fait de noter les ateliers proposés et auxquels le patient ne s'était pas rendu ne leur était pas utile et que cela pouvait même porter à confusion. Ils proposaient donc de ne noter que les ateliers réalisés ou à programmer.

« Que je sache effectivement quels sont les ateliers où il a été ça c'est important parce que si je sais qu'il a été à un atelier podo eh ben au moins il connaît. »

« On n'est pas là pour faire la police. »

« C'est pas très clair, on sait pas ce qui a été fait /ce qui a pas été fait en fait. »

« Il vaudrait mieux dire il a fait tel et tel atelier. »

- Sur le stade de Prochaska

Un seul médecin estimait que cette information était importante, les autres expliquaient que cet item était trop spécialisé pour des médecins généralistes non formés à l'ETP. Un médecin ajoutait que le stade de Prochaska pouvait être interprété de façon différente selon l'interlocuteur. Finalement tout le monde s'accordait à dire qu'il valait mieux ne pas le noter.

« Moi je pense qu'il faut le mettre, c'est important quand même. »

« Je pense que les gens qui sont un peu motivés sur l'éducation thérapeutique ça va leur parler et puis y'en a plein... »

« Faut pas charger la barque, moi je l'enlèverai. »

« Je vois par exemple stade de Prochaska il est au stade de contemplation. Moi j'enverrai pas un patient au stade de contemplation à la maison du diabète : ou je me suis foutu dedans ou c'est ton infirmier qui s'est foutu dedans. »

« C'est un problème de définition et d'appréciation personnelle. »

- « Vu et approuvé par le patient : oui, non, en partie, NSP »

Cette question (située à la fin du diagnostic éducatif) permet à la personne qui a réalisé l'entretien de préciser si le patient est d'accord avec ce qui a été dit.

Les médecins étaient divisés quant à l'intérêt de cette question. Un médecin estimait que l'information était inutile avec le risque d'être mal perçu par le patient. D'autres pensaient que cela permettait d'intégrer le patient à sa propre prise en charge.

« Ça m'étonnerait que le patient il sache pas à la fin si c'est approuvé ou pas ce qu'on lui a dit. [...] Après il ne faut pas trop l'agresser non plus le patient. Parce que là ça fait un peu attention si vous validez, attention à ce que vous allez dire. »

« A mon avis là où c'est utile c'est que le patient va lire ou va entendre ce qui a été dit, les informations, et il va dire d'accord, je suis d'accord avec ce qui a été dit sur le corpus. »

- Validation ou commentaires par le médecin traitant sur le diagnostic éducatif

Sur le compte-rendu du diagnostic éducatif, il existe des plages de commentaires laissées libres pour que le médecin traitant puisse faire des remarques ou des commentaires.

Dans l'ensemble, les médecins estimaient que ce n'était pas nécessaire car ils faisaient confiance à la structure d'ETP et n'étaient pas forcément assez formés pour pouvoir faire des remarques.

« J'en avais reçu pas mal et je ne savais pas trop ce que je devais en faire et puis j'ai su après qu'il fallait que je le valide et voilà je l'ai validé [...] J'avais pas compris pourquoi il fallait le renvoyer en fait. [...]. Je délègue. »

« Le problème c'est qu'on a un problème de langage individuel et on aura toujours du mal à se comprendre. »

3.3.2.4.5 Difficultés à appliquer les recommandations HAS

- Difficultés pour les patients n'ayant pas les moyens de se rendre chez le spécialiste

Un médecin déplorait le fait que les podologues ne soient pas indemnisés correctement en cas de visite à domicile, ce qui pénalise certains patients.

« Pour les patients pour qui ça n'est pas toujours simple d'aller chez le podologue et si le podologue se déplace, il est hors de question qu'il y ait une prise en charge par la CPAM. Le déplacement c'est hors course [...]. Votre podologue a dit « on va pas se déplacer pour 2 francs 6 sous » parce que la caisse donnait généreusement 2 euros je sais plus ou 3 euros pour les déplacements. »

- Difficultés à avoir un FO annuel

Les médecins expliquaient que leurs patients n'avaient pas un FO annuel car les délais de rendez-vous étaient très longs.

« Les ophtalmologues ne peuvent pas voir les patients tous les ans. C'est pas possible donc déjà on l'aura tous les 18 mois tous les 2 ans. »

- Objectif visé pour l' HBA1c

Un médecin expliquait qu'il se basait plus sur une logique clinique que sur les nouvelles recommandations qui ne semblaient pas très claires.

« C'est de la logique aussi non les objectifs ? Un papy de 92 ans je vais pas lui demander d'être en dessous de 7 d'HBA1c. Faut peut-être pas exagérer non plus. »

« Ils veulent que ce soit inférieur à je sais plus 7 ? Et que maintenant c'est en fonction de l'âge c'est ça on a changé dans les recommandations ? »

3.3.2.4.6 Difficultés de coordination/communication

- Communication avec l'hôpital

Les médecins regrettaient que le délai d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation soit si long. Ils proposaient de transmettre les informations par apicrypt, comme cela se fait déjà dans d'autres services. Ils évoquaient aussi la possibilité de recevoir les résultats des bilans biologiques réalisés en cours d'hospitalisation.

« Ça m'est déjà arrivé de faire des doublons avec la diabétologie parce que j'ai pas le courrier, j'ai pas le bilan, le patient il m'a pas dit qu'il a eu un bilan ou il m'a pas dit qu'il allait en diabétologie et j'ai le courrier 2-3 mois après. »

« On pourrait l'avoir par informatique, il faut le faire partir via apicrypt. »

« La biologie effectivement, si c'est dans un sens, ce serait peut-être pas mal de l'avoir dans l'autre sens aussi. »

- Communication inter-réseaux

Les médecins s'accordaient à dire qu'il fallait améliorer la communication entre les réseaux afin d'éviter de demander plusieurs fois les mêmes informations au médecin traitant. Un des médecins proposait de créer une fiche standard, commune à tous les réseaux. Il expliquait également qu'il fallait favoriser la transmission des bilans biologiques et comptes-rendus de spécialiste pour faire gagner du temps au médecin traitant. Les autres participants étaient d'accord à titre personnel mais doutaient que tous leurs confrères soient du même avis.

« La chose qui me gêne c'est un bilan annuel diabète, un bilan annuel néphrologique, un bilan annuel cardiologique etc. Et ça, quelque part, on est en situation de saturation.»

« Il va falloir peut être se dire un jour on va faire une fiche commune générique et qui peut s'adresser à toutes les pathologies, à tous les réseaux. »

« Il est possible que si je donne mon accord, mes biologiques partent directement à la MDN pour tel patient via apicrypt [...] et t'aurais toute la biologie pendant toute l'année donc tu saurais si elle est 4 glyquée... A terme on peut aller plus loin, on peut dire que si je reçois un courrier du diabéto libéral, là aussi, si j'ai l'accord et je sais qu'il est inscrit à la MDN ce patient ça part aussi en doublon donc et .. si tu veux c'est tout ça de paperasse que tu as en moins à faire.»

« Quand j'envoie à un confrère spécialiste ou pour la MDN c'est la même chose. »

« Le problème qu'il y a, c'est est-ce que les médecins sont prêts à partager l'information ? »

- Quelques critiques envers les spécialistes

Les médecins ont émis quelques critiques envers les spécialistes. Par exemple ils estimaient que certains spécialistes dépistaient le syndrome d'apnée du sommeil dans un but essentiellement commercial. Ils revendiquaient également leur rôle de pivot sans toutefois devoir déléguer toutes leurs prises en charges.

« Y en a qui rentabilisent leur affaire [...] c'est juteux.»

« Y'a des créneaux qui se sont créés.»

« Un médecin traitant il est censé être là, le pivot central et faire de la coordination.

« Souvent j'essaye de gérer moi-même. Moi des fois les spécialistes je les zappe un peu parce que j'en ai tellement marre des spécialistes que je les zappe. »

- Meilleure communication de la part de la MDN

Les médecins ont posé certaines questions laissant supposer qu'ils n'étaient pas au clair sur les patients potentiellement concernés par les activités de la MDN. Certains se demandaient à partir de quel IMC ils pouvaient envoyer leurs patients en bilan obésité. D'ailleurs, un des médecins a avoué ne jamais avoir envoyé de patient obèse non diabétique à la MDN. Un autre se demandait si la MDN prenait encore en charge des enfants.

« Ca s'adresse à qui ces bilans obésité ? »

« Y'a des patients qui viennent avec un IMC entre 25 et 30 je crois ? »

« J'ai jamais envoyé une personne obèse ici »

« Parce que les enfants vous les preniez je me trompe pas ? »

3.3.2.4.7 Attentes vis à vis de l'ETP

Au cours de la discussion, nous avons posé une question pour savoir ce que les médecins attendaient de l'ETP. Un médecin attendait une amélioration de l'état de santé de ses patients. Un autre évoquait plutôt une meilleure acceptation de la maladie.

« Ça améliore. C'est justement ce qu'on va vous répondre au niveau des bilans. Et puis après s'il y a une amélioration de l'hémoglobine glyquée »

«Une certaine sérénité vis à vis de la pathologie. C'est ce que j'attendrais moi. »

4 TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

Les résultats de notre enquête de satisfaction montrent que les médecins sont en majorité satisfaits de la prise en charge ainsi que des informations transmises par la MDN. Toutefois, des améliorations restent possibles notamment en ce qui concerne la fiche de bilan annuel du patient diabétique jugée souvent trop longue. Les comptes-rendus d'ETP ont été peu critiqués mais un peu plus de la moitié des médecins n'en avaient encore jamais reçus.

Notre enquête qualitative a permis d'identifier plus précisément les points à améliorer concernant les fiches de bilan annuel et les comptes-rendus d'ETP. Elle a également permis de faire ressortir les difficultés que les médecins éprouvent à la mise en place de l'ETP en ville.

4.1 Validité de l'étude

4.1.1 Force de la méthode

4.1.1.1 1ère partie : enquête quantitative

Cette partie correspond aux questionnaires de satisfaction envoyés aux médecins. Nos questionnaires étant anonymes, les médecins pouvaient répondre librement, sans crainte d'exprimer des commentaires négatifs. Cela nous a également permis de contacter un grand nombre de médecins travaillant avec la MDN.

4.1.1.2 2ème partie : enquête qualitative :

Cette partie correspond au focus group qui permet d'avoir des réponses plus détaillées. Par ailleurs, il a l'avantage d'être plus adapté à notre objectif grâce à la dynamique du groupe que l'on ne retrouve pas dans les entretiens semi-dirigés individuels. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, des opinions et des expériences comme une réaction en chaîne. Cela permet d'avoir une tendance générale mais toutes les idées sont valides, même une seule idée minoritaire est vraie.

Ces 2 méthodes étaient complémentaires.

4.1.2 Faiblesse de la méthode

4.1.2.1 Enquête de satisfaction

Le questionnaire était majoritairement composé de questions fermées, ce qui engendre une perte d'information. Certains médecins ont pallié à ce côté limitant en écrivant leurs commentaires à côté du questionnaire. D'ailleurs, cela rejoignait souvent les problèmes soulevés lors du focus group.

Nous n'avons pas pu inclure tous les médecins inscrits à la MDN pour des raisons financières. Ainsi, nous avons décidé d'inclure les médecins pour qui nous avons une adresse mail ainsi que les 50 médecins qui envoient le plus de patients à la MDN. Cela a entraîné un biais de sélection car les médecins qui envoient le moins sont aussi ceux qui doivent être le moins satisfaits. Toutefois, nous avons fait ce choix car l'objectif principal de notre thèse était d'évaluer les comptes-rendus d'ETP et la fiche de bilan annuel diabète et cela nécessite une utilisation assez fréquente de ces outils. On peut également supposer que seuls les médecins les plus impliqués et les plus motivés ont pris le temps d'y répondre.

4.1.2.2 2ème partie

Nous avons eu des difficultés à recruter les médecins pour le focus group. C'est aussi un échantillon de médecins les plus motivés donc moins représentatifs, ce qui rend les résultats non généralisables. Mais il faut noter que le but du focus group n'est pas d'être représentatif mais plutôt d'avoir des opinions différentes et sur ce point, nous avons eu un bon groupe car nos médecins étaient assez différents (certains étant plus formés à l'ETP que les autres, certains envoyant plus que les autres de patients à la MDN...), ce qui a permis d'alimenter les débats.

Le fait d'être dans les locaux, qui plus est avec le médecin coordonnateur de la MDN, a pu engendrer des difficultés à émettre des critiques. Mais le Dr Böhme a su rendre l'ambiance chaleureuse et rester neutre sans juger les médecins. Ainsi nous n'avons pas eu l'impression que cela ait vraiment posé problème.

Le fait d'être plusieurs peut être gênant pour les caractères « plus timides » qui auront tendance à moins s'exprimer. Toutefois, nous n'étions pas nombreux et cela a permis une ambiance plus chaleureuse.

La présence de 2 médecins formés à l'ETP a pu influencer la réflexion mais plutôt dans le sens de l'enrichissement des idées.

Même si nous avons essayé d'être le plus fidèle possible aux données issues de l'entretien et à interpréter les entretiens dans leur globalité, certaines des données ont pu nous échapper au cours de l'analyse.

4.2 L'implication des médecins généralistes

Nous avons été confronté à des difficultés de recrutement des médecins généralistes, tant pour l'enquête de satisfaction que pour le focus group.

Bien que le taux de réponses à notre enquête de satisfaction ait été plutôt bon, il nous a fallu effectuer 2 relances pour atteindre cet objectif. Tout d'abord, les questionnaires envoyés par mail n'ont pas eu un franc succès. S'agissait-il de difficultés liées à l'utilisation d'internet ou plutôt d'un problème logistique ? On peut supposer que les médecins n'étaient pas forcément disponibles pour répondre immédiatement au questionnaire, qu'ils pensaient y répondre ultérieurement mais une fois le mail considéré comme « lu », les médecins ont pu oublier d'y répondre par la suite. Alors que les médecins recevant un questionnaire par courrier peuvent plus facilement le mettre de côté pour y répondre plus tard. Cette deuxième hypothèse est d'ailleurs étayée par le fait que nous ayons reçu des réponses à notre

questionnaire jusqu'à 3 mois après leur envoi. De plus, les médecins semblaient favorables à l'utilisation de l'informatique pour la transmission des informations de la MDN, ce qui prouve que l'outil internet est plutôt bien intégré par les médecins généralistes.

Nous avons obtenu un plus grand taux de réponses lors de la 2^{ème} relance. Cela peut s'expliquer par le fait que la période d'épidémie hivernale se terminait et que les médecins étaient, de ce fait, plus disponibles pour répondre à notre questionnaire.

Les difficultés ont été plus prononcées pour recruter les participants au focus group malgré une indemnisation attractive. Il est vrai que ce type d'étude demande une disponibilité plus importante de la part des médecins qui seront les plus motivés par le sujet. Il s'agit le plus souvent de professionnels qui partagent, au moins implicitement, un souhait de changement, une vue réformatrice de leur travail et de ses effets et qui apprécient le mode de travail partagé et des outils qui permettent une meilleure prise en charge de certains patients. [80].

On sait que les médecins sont souvent sollicités pour différents travaux de thèse, ce qui peut engendrer un « ras-le-bol » d'autant plus qu'ils n'ont pas forcément de retour sur le travail effectué à partir de leurs remarques. Ainsi, une équipe allemande a interrogé les médecins ayant refusé de participer à un programme de recherche sur leurs motifs et leur perception de la recherche. Au-delà du traditionnel manque de temps, les réponses évoquaient l'absence de lien entre les résultats des études et la pratique quotidienne des médecins [81]. La diffusion des résultats est donc une étape essentielle. Dans notre cas, les médecins ayant participé au focus group recevront un exemplaire de la nouvelle fiche de bilan annuel du patient obèse, diabétique ainsi que des exemples de comptes-rendus d'ETP simplifiés afin de nous donner leur avis. Quant aux autres médecins, ils pourront apprécier les résultats de notre travail dès qu'ils recevront les nouvelles fiches de bilan annuel et comptes-rendus d'ETP.

Au total, les médecins ont plutôt bien répondu au questionnaire de satisfaction (moins chronophage qu'un focus group) ce qui laisse supposer qu'ils se sentent concernés par le sujet. Toutefois, leur implication reste superficielle à en juger par le faible nombre de participants au focus group. D'ailleurs, plusieurs études mettent en évidence l'implication limitée des médecins généralistes dans les réseaux de santé [82] et en analysent les causes [83]. Pour beaucoup de généralistes, les réseaux de santé représentent une réalité complexe sinon bureaucratique, dont les avantages pour le patient ne semblent pas immédiatement perceptibles. L'attachement à l'exercice libéral, pour la liberté d'initiative et le sentiment d'indépendance qu'il procure, est évoqué pour expliquer le faible intérêt pour des dispositifs qu'ils jugent lourds et souvent contraignants [80]. Dans sa thèse [84], le Dr Corvaisier

soulignait qu'il était important de marquer les jeunes médecins généralistes des opportunités qu'offrent le travail en réseau et ce, avant que leurs habitudes de prescriptions ne soient installées. La notion de réseaux est introduite depuis peu de temps au cours du cursus universitaire. L'importance des réseaux doit être mise en avant par les médecins généralistes enseignants des facultés de médecine générale, au cours des diverses formations et des stages ambulatoires.

4.3 Satisfaction par rapport à la MDN

4.3.1 Des médecins satisfaits

La MDN a souhaité évaluer la satisfaction des médecins, comme le recommande la HAS. Les résultats de notre enquête prouvent que la MDN répond à de nombreux critères proposés pour l'auto-évaluation annuelle [77].

Perception de l'utilité des séances, de leur contenu

97% des médecins interrogés étaient satisfaits des thèmes abordés en ETP et 92% d'entre eux étaient satisfaits de la prise en charge éducative proposée par la MDN. En effet, cette dernière permet de lutter contre l'un des principaux freins à la mise en place de l'ETP à savoir le manque de professionnels ou de structures relais pour prolonger l'éducation [52]. Ainsi, près d'un tiers des médecins généralistes se disent isolés dans la prise en charge des pathologies chroniques nécessitant une ETP spécifique [85]. La MDN permet également de répondre aux difficultés d'accès à certains professionnels de la santé dont les actes ne sont pas remboursés par la sécurité sociale tels que les diététiciens (qui pose souvent problème pour 43% des médecins [52]) les psychologues, les podologues...

Changements dans les pratiques et le comportement

Les médecins estiment, pour 92% d'entre eux, que la MDN a facilité leur prise en charge médicale et, pour 88% d'entre eux, que cela a permis une amélioration des compétences de leur patient. Cela rejoint les données de la littérature qui démontrent que l'ETP permet d'améliorer la qualité du dialogue entre le médecin traitant et son patient. L'effet favorable sur l'autogestion apporte un gain de confiance important au patient et favorise un dialogue plus constructif avec son médecin. Cela permet de développer une bonne qualité relationnelle médecin-patient pour une meilleure gestion de la maladie à long terme [60].

Accès et déroulement du programme

87% des médecins interrogés étaient satisfaits des modalités d'accès à l'ETP. La MDN a souhaité que l'inscription des patients se fasse de la façon la plus simple possible. Pour cela, il suffit aux médecins de remplir une simple ordonnance. Toutefois, dans l'enquête de satisfaction, un médecin a proposé de faire une inscription en ligne, ce qui lui permettrait de savoir si le patient ne prenait pas contact avec la MDN. Il faut préciser que ce médecin n'avait pas encore reçu de compte-rendu d'ETP et on peut supposer que le compte-rendu de diagnostic éducatif pourrait faire office de confirmation d'adhésion du patient à la MDN. De plus, les médecins ayant participé au focus group ont souligné que l'ordonnance donnait plus de poids à leur discours. Notre société est culturellement habituée à ce que les médecins délivrent une ordonnance. Dans certains pays, les médecins inscrivent d'ailleurs les mesures hygiéno-diététiques sur les ordonnances au même titre que les médicaments.

Perception de l'utilité des synthèses par les médecins généralistes

Les médecins étaient majoritairement satisfaits des comptes-rendus d'ETP. Ainsi, 97% d'entre eux jugeaient les informations pertinentes et 94% estimaient que le diagnostic éducatif était utile pour leur prise en charge.

4.3.2 Des patients satisfaits

L'objet de notre thèse n'était pas d'évaluer la satisfaction des patients pris en charge par la MDN mais cet item a été abordé lors du focus group. Ainsi, les patients semblaient satisfaits des cours d'ETP. Cela rejoint les résultats de la thèse de Sibylle Lipp [74] selon lesquelles les patients étaient satisfaits des séances d'ETP proposées par la MDN. Les patients estimaient qu'elles permettaient d'asseoir des connaissances sous forme ludique, avec un apport important pour les séances sur l'alimentation et l'activité physique. Ils étaient également satisfaits de la transmission des informations entre les professionnels de santé de la MDN.

4.4 La fiche de bilan annuel diabète

4.4.1 Des médecins satisfaits mais des améliorations possibles

82 % des médecins se disent satisfaits ou très satisfaits de la fiche de bilan annuel du patient diabétique. Ils sont 84 % à la trouver plutôt voire très claire. Seuls 19% d'entre eux déclarent avoir souvent ou systématiquement des difficultés pour la remplir. Pourtant 42% d'entre eux ont déclaré ne pas avoir rempli la fiche au moins une fois. La raison la plus souvent invoquée était le manque de temps, la fiche étant longue à compléter. D'ailleurs, 53% des médecins pensent qu'il faut la simplifier. Certains médecins expliquaient que le côté exhaustif de la fiche leur permettait de refaire le point sur le suivi du patient mais ce n'est pas le but recherché. L'objectif de cette fiche est de déterminer si la prise en charge par la MDN entraîne une amélioration de la santé et du suivi du patient diabétique. De plus, un document trop exhaustif augmente le risque de recevoir des fiches incomplètes ou non remplies.

Peu de médecins ont répondu à la question concernant les points à améliorer. Toutefois, 2 axes d'améliorations étaient mis en avant:

- simplifier les items de la fiche
- faire une fiche interfacée avec le logiciel métier des médecins.

Un médecin proposait de remplacer les QCM par des items libres. Hors, on sait que les réponses libres demandent plus de temps, ce qui augmente le risque d'avoir des fiches non remplies. On voit d'ailleurs bien dans notre enquête de satisfaction que les items avec réponses libres sont bien moins renseignés que les QCM. Nous n'avons donc pas retenu cette proposition.

4.4.2 Les critères de suivi du patients diabétique

Pour cette partie, nous avons présenté aux participants du focus group l'ancienne fiche de bilan annuel ainsi qu'une version simplifiée, retravaillée par le Dr Böhme et son équipe (annexes n°3 et n°5). La fiche simplifiée semblait mieux convenir aux médecins mais des améliorations restaient à faire. Nous allons reprendre les propositions faites par les médecins en suivant la trame utilisée pour la nouvelle fiche de bilan annuel du patient diabétique. La fiche modifiée suite aux remarques est présentée en annexe n° 9.

4.4.2.1 Diabète : début et type

Année du diagnostic diabète :

Lors du focus group, les médecins ont expliqué que l'année de diagnostic du diabète était une donnée trop précise et rarement connue. Ils proposaient de mettre des tranches d'années ou uniquement de préciser si le diabète évoluait depuis plus de 10 ans ou pas. Ce dernier critère a été retenu car il permet également de déterminer le niveau de risque cardiovasculaire du patient [11].

Traitement

Dans l'ancienne version, les médecins devaient préciser les classes thérapeutiques utilisées. D'ailleurs, certains médecins nous ont fait remarquer qu'il manquait la classe des IDPP4. Dans la nouvelle version, les items se voulaient plus généraux : les médecins ayant le choix parmi les réponses suivantes : antidiabétiques oraux, traitement par injection : hors insuline/par insuline.

Les avis divergeaient pour savoir s'il fallait préciser le traitement dans le détail ou pas.

Pour plus de clarté, nous avons décidé de ne pas préciser les différentes classes thérapeutiques. L'objectif étant de déterminer quels étaient les patients les plus à risques de faire des hypoglycémies, nous avons décidé de demander aux médecins de renseigner si le patient prenait un traitement pouvant induire des hypoglycémies.

4.4.2.2 Données clinique générales

Tour de taille

Alors que le poids et l'IMC sont des données en général très bien renseignées, la mesure du tour de taille n'est souvent pas réalisée. Ainsi, dans sa thèse sur l'évaluation des réseaux MDN et MDE (Maison du diabète d'Epinal) [73], Sophie Janot a pu constater que le tour de taille était la donnée la moins renseignée. Cette valeur n'était retrouvée que dans 77% des dossiers de la MDN lors du bilan initial et seulement dans 47% des cas à N+2. Elle permet pourtant d'évaluer l'évolution de la masse grasse abdominale qui est corrélée à l'insulinorésistance [86].

Il s'agit d'une variable à surveiller au même titre que l'IMC dans la démarche de perte ou de stabilisation du poids chez le patient diabétique. L'amélioration du remplissage des fiches de bilan annuel passe par l'amélioration des pratiques professionnelles qui est une des missions des réseaux de santé diabète. Nous avons donc décidé de laisser cette variable.

Résultats biologiques

La plupart des études qui cherchent à évaluer l'efficacité de l'ETP chez le patient diabétique se basent sur l'évaluation de l'équilibre glycémique : HbA1c parfois associée à la glycémie à jeun. Le bilan lipidique est également un critère souvent étudié [51]. Les médecins étaient unanimes quant à la pertinence de ces items. Ils estimaient également que la fonction rénale était un élément pertinent. Ces 3 critères font d'ailleurs partie des examens biologiques recommandés par la HAS pour le suivi du patient diabétique [11].

HBA1c

Nous avons bien, entendu, maintenu ce principal critère de suivi du patient diabétique depuis que l'étude UKPDS [16] a confirmé que la baisse de la glycémie permettait de réduire les complications micro-vasculaires. Toutefois, nous n'avons pas noté d'objectif à atteindre car cela reste difficile à établir et dépendant du contexte clinique [1].

Fonction rénale/EAL (Exploration d'une Anomalie Lipidique)

L'étude ENTRED [33] a permis de démontrer une amélioration de leur surveillance entre 2001 et 2007. On peut donc supposer que ces critères seront de mieux en mieux remplis par les médecins adhérents au réseau, d'autant plus que ces critères sont également ceux utilisés pour le calcul des ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), comme le soulignait un des médecins.

4.4.2.3 Facteurs de risque cardio-vasculaire

Pression artérielle

Lors du focus group, les médecins se sont accordés pour dire qu'il était inutile de mettre un chiffre tensionnel (non significatif sur une seule consultation) mais qu'il serait plus judicieux de mettre une case « HTA traitée ? » (Oui/Non) et « si oui : équilibrée? » (Oui/Non), tout en précisant l'objectif tensionnel recommandé. En effet, cette dernière donnée ne semblait pas claire pour tous les médecins. Nous avons donc décidé de repreciser l'objectif soit une TA \leq 130/80 mmHg selon la HAS [11]. Bien que cet objectif soit abaissé à 125/75 mmHg en cas de protéinurie, nous avons décidé de ne pas le spécifier. D'une part, pour des raisons de clarté mais aussi parce que la réévaluation des recommandations européennes pour la prise en charge de l'hypertension artérielle met en avant l'absence de preuves cliniques pour abaisser l'objectif TA à 130/80 chez le patient diabétiques [87].

Accident cardio-vasculaire précoce chez un parent du 1^{er} degré:

Les médecins nous ont fait remarquer qu'il y avait une faute de frappe sur cet item, le mot « parent » ayant été remplacé par le mot « patient ». Bien entendu cette erreur sera rectifiée.

Ils ont également souligné que cette donnée n'était pas toujours facile à renseigner, les patients ne connaissant pas forcément les antécédents de leurs parents oncles et tantes. On peut toutefois supposer que cela risque de changer, les patients étant de plus en plus demandeurs d'informations.

4.4.2.4 Complications spécifiques du diabète

Pied diabétique

Un des médecins expliquait que la gradation du risque podologique n'était pas de son ressort, arguant que les podologues eux-mêmes ne le faisaient pas. Hors, cela fait partie de notre mission de suivi du patient diabétique, que l'on soit endocrinologue, podologue ou médecin généraliste [11]. On sait que l'examen attentif des pieds, indicateur non spécifié par la loi de santé publique, est très insuffisamment pratiqué, 20 % des patients ayant déclaré avoir eu un test au monofilament et 24 % une consultation podologique [33]. Mais cela reste un point majeur à améliorer dans notre prise en charge afin de limiter les complications. Nous avons donc maintenu cet item. Pour ne pas alourdir la fiche, nous n'avons pas précisé la classification du risque podologique mais il nous paraissait pertinent de le faire lorsque la fiche sera informatisée.

Par ailleurs, les médecins du focus group avouaient « surgrader » le risque podologique de leur patient afin que ces derniers bénéficient du remboursement. Hors, cela peut conduire à une absence de remboursement, facteur de dissuasion à une nouvelle consultation podologique. Ainsi, selon une enquête rapide fait par la fédération des podologues, sur 711 prescriptions, 207 patients avaient été gradés 2 ou 3 par le médecin alors qu'ils étaient de grade 0 ; 189 avaient été gradés 2 ou 3 par le médecin alors qu'ils étaient de grade 1. 397 patients au total n'avaient pas pris en charge de ce fait, soit 56 % de l'échantillon [36].

Malgré la volonté des réseaux Diabète (sous l'égide de l'ANCRED) qui ont contribué à la mise en place du remboursement en 2008 de 4 consultations de prévention et de soins pour les pieds de grade 2 et de 6 séances de soins pour ceux de grade 3, les renoncements pour le reste à charge des soins de podologie concernent encore 9 % des patients [36]. Le

remboursement des actes de podologie pour les pieds diabétiques de grade 2 et 3, s'il était étendu au grade 1, permettrait de lutter contre ce problème.

Rétinopathie

Les médecins évoquaient un problème d'accessibilité aux consultations d'ophtalmologie, ce qui engendre des difficultés à obtenir un fond d'œil annuel pour tous leurs patients diabétiques. Selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), cette profession doit connaître une décroissance du nombre de professionnels de 43 % entre 2002 et 2025 [88]. Cette pénurie est à mettre en relation avec le constat d'une faible amélioration du suivi ophtalmologique des patients diabétiques entre 2001 et 2007 [33].

Certains réseaux tentent de lutter contre ce phénomène. Ainsi, le réseau de télémédecine OPHDIAT (OPHtalmo-Diabète-Télémédecine à Paris) a créé 33 sites de dépistage (services de diabétologie, centres de santé, prisons), où sont réalisés, par un infirmier ou un orthoptiste, des rétinographies non mydriatiques, et un centre de lecture à l'hôpital Lariboisière où sont lus tous les fonds d'œil adressés par les sites. Cette difficulté est également à l'origine, en ville, de la création de cabinets associant en leur sein des orthoptistes, auxquels est confié l'exécution de ce bilan (notamment le fond d'œil), et des ophtalmologistes à qui il revient, une fois les résultats contrôlés, de rechercher l'existence d'éventuelles pathologies sous-jacentes. [89]. Enfin, le manque de communication de la part des ophtalmologues (absence de comptes- rendus) nuit également au bon suivi du patient diabétique [80].

4.4.2.5 La question de l'observance

Lors de notre enquête, un médecin proposait de rajouter un item sur l'observance. L'observance est définie comme un manque d'adéquation entre les comportements des patients et la prescription des médecins. Il est dit qu'un patient est observant s'il prend au moins 80 % des médicaments prescrits [45]. Une meilleure observance est associée à un meilleur contrôle métabolique. A titre d'exemple, on estime qu'améliorer le taux d'observance de 10 % permet de réduire le taux d'HbA_{1c} de 0,1 % [90].

Evaluer l'observance d'un patient reste une chose difficile. Ainsi, dans une revue publiée en 2004 [91], les auteurs ont identifié, entre 1966 et 2003, seulement une vingtaine d'études méthodologiquement correctes portant sur l'observance. Les études rétrospectives montrent que l'adhésion aux traitements est de 36 à 93 % chez des patients recevant des ADO

pendant 6 à 24 mois. Les études prospectives sont plus optimistes, avec un taux d'adhésion de 67 à 85 %. Dans une étude plus récente [90], le taux d'observance au traitement, à 12 mois du diagnostic de DT2, est de 81 % et 65 % des patients ont une bonne observance (> 80 %).

Les études faites pour évaluer le degré d'observance des patients sont discordantes, preuve que ce critère est difficile à appréhender. De plus, rester sur le point de vue de l'inobservance comme une mesure du non suivi de nos prescriptions, risque de ramener sur de nouvelles techniques de persuasion et de conviction des patients [47], ce qui ne correspond pas aux idéaux de l'ETP. Toutes ces raisons nous ont conduits à ne pas retenir cette proposition.

4.4.3 Une fiche informatisée, interfacée avec le logiciel médecin

Lors de notre enquête de satisfaction, les médecins semblaient assez ouverts à l'utilisation d'internet pour la transmission des informations : 38% d'entre eux pensaient que le moyen le plus adapté était internet et 31% d'entre eux pensaient qu'il fallait utiliser internet et le courrier. Lors du focus group, les médecins proposaient d'informatiser la fiche de bilan annuel et de la pré-remplir avec les données renseignées l'année précédente.

Un outil de gestion interfacé avec le site internet est en cours d'élaboration. La fiche de bilan annuel pourra être accessible via cet outil et il est facilement envisageable de pouvoir la renvoyer pré-remplie afin de faire gagner du temps aux médecins.

Par contre, la réalisation d'une fiche interfacée avec le logiciel médecin semble plus difficile à mettre en œuvre étant donné la multitude de logiciels médecins. Il existe de ce fait un problème de techniques d'interopérabilité des matériels et des logiciels. Or aujourd'hui, le travail de définition et de normalisation des systèmes d'information était souvent piloté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), qui n'a pas mission de réguler le monde libéral. La création récente des ARS devrait renforcer les mécanismes d'intégration de l'offre de soins.

4.5 La fiche de suivi du patient obèse non diabétique

Pour cette partie, nous avons présenté aux participants du focus group une fiche établie par le Dr Böhme et son équipe (annexe n°6) afin d'obtenir leurs remarques. Les médecins semblaient plutôt satisfaits de cette fiche et se sont facilement accordés sur les points à améliorer. Nous allons les reprendre point par point en suivant la trame utilisée pour cette

fiche. La fiche retravaillée en fonction des commentaires des médecins est présentée en annexe n°10.

4.5.1 Données cliniques générales

IMC

Cette donnée n'a pas été critiquée. Elle est d'ailleurs indispensable au diagnostic de l'obésité et recommandée par la HAS pour le suivi des patients obèses ou en surpoids [92].

Tour de Taille

Le tour de taille est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte (obésité abdominale). L'excès de graisse abdominale (tour de taille ≥ 94 cm chez un homme et ≥ 80 cm chez une femme) est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité. C'est d'ailleurs la meilleure variable prédictive de la survenue de diabète [86].

Tout le monde s'accordait à dire que cette donnée devait faire partie du suivi du patient obèse. Ce fut d'ailleurs le critère le plus cité dans notre enquête de satisfaction. La HAS recommande d'ailleurs la mesure du tour de taille chez tout patient présentant un surpoids ou une obésité [92]. Nous avons donc maintenu ce critère en précisant qu'un tour de taille augmenté était corrélé à une augmentation du risque cardio-métabolique.

Par contre, la mesure du pli cutané (citée dans notre enquête de satisfaction) n'est pas recommandée en médecine de premier recours. Nous n'avons donc pas retenu ce critère.

Poids à 18-20 ans :

Les médecins estimaient que cette donnée était trop précise. Ils expliquaient qu'ils interrogeaient leurs patients sur leur poids à certains moments de leur vie.

Ils proposaient donc de demander le poids de référence du jeune adulte au lieu du poids à 18-20 ans. Cette proposition nous a paru pertinente et nous l'avons donc retenue.

4.5.2 Hospitalisation

Un médecin proposait de quantifier le nombre d'hospitalisations dans l'année mais le fait de préciser le motif d'hospitalisation permettait de déduire cette donnée. De plus, on peut supposer que les patients obèses non diabétiques seront plutôt jeunes et donc moins à risque d'être hospitalisé. Nous n'avons donc pas retenu cette proposition.

4.5.3 Facteurs de risque cardio-vasculaire

Pression artérielle

Les médecins ont fait la même remarque que pour la fiche de bilan du patient diabétique. Il a été décidé de ne pas noter le chiffre tensionnel mais uniquement de préciser si le patient présentait une HTA traitée ou non et si oui, si elle était équilibrée. Nous avons également précisé l'objectif à atteindre (en absence de comorbidités) soit une TA inférieure à 140/90 mmHg.

Accident cardio-vasculaire chez un parent du 1^{er} degré

Nous devons corriger la même erreur que celle retrouvée dans la fiche de bilan annuel du patient diabétique, à savoir remplacer le mot « patient » par le mot « parent ».

Antécédents familiaux d'obésité

Un médecin proposait de rajouter un item sur les antécédents familiaux d'obésité. Il s'agit là d'une donnée importante dans l'histoire de la maladie. Toutefois, il convient de repreciser que l'objectif de la fiche de suivi du patient obèse est d'évaluer le retentissement de la prise en charge du patient par la MDN sur l'état de santé du patient. Cette donnée, qui sera par ailleurs recherchée lors du diagnostic éducatif, ne semble pas la plus pertinente aux vues de notre objectif.

4.5.4 Résultats biologiques

Les médecins s'accordaient à dire que la surveillance de la glycémie, du bilan lipidique et de la fonction rénale devait faire partie du suivi du patient obèses mais la fréquence à laquelle cela devait être réalisé faisait débat.

Concernant la glycémie à jeun, l'ANAES [93] propose de dépister les patients obèses ou en surpoids âgés de 45 ans ou plus. Ce dépistage se fait par la réalisation d'une glycémie à jeun sur prélèvement veineux, tous les 3 ans si celle-ci est normale, et tous les ans en cas d'hyperglycémie modérée à jeun ou chez les sujets ayant plusieurs facteurs de risque. L'American Diabetes Association [94] recommande d'étendre ce dépistage aux personnes plus jeunes en surpoids et si elles présentent un ou plusieurs autres facteurs de risque (populations non caucasiennes. marqueurs du syndrome métabolique, antécédents..).

Il est important d'effectuer ce dépistage car on sait que l'exercice physique et les changements diététiques, avec une perte de 7 % de poids, permettent de réduire le risque de développer un DT2 de 58 % sur 3 ans [95].

La HAS [92] recommande la réalisation d'une EAL mais ne précise pas à quelle fréquence. Les médecins regrettaient d'ailleurs ce manque de précision. Elle ne recommande pas la réalisation d'un bilan rénal mais cela nous semblait tout de même important en l'adaptant en fonction du contexte clinique.

Dans notre enquête de satisfaction, 5 médecins ont évoqué le bilan hépatique. Nous n'avons pas abordé ce point lors du focus group mais ce critère nous a paru important pour la surveillance d'une éventuelle stéato-hépatite non alcoolique (NASH). En effet, on retrouve une augmentation de la prévalence des lésions histologiques de NASH (37 % comparé à 3 % en population générale) chez des patients asymptomatiques ayant une obésité sévère [96]. Nous avons donc inclus le dosage des transaminases dans notre formulaire bien que ce critère ne soit pas actuellement recommandé par la HAS.

Devant l'absence de consensus, nous avons décidé de demander aux médecins si ces examens avaient déjà été réalisés et si oui, à quelle date (sans préjuger d'une fréquence plus adaptée qu'une autre).

4.5.5 Pathologie cardio-vasculaire et respiratoire

Insuffisance respiratoire

L'objectif de cette question était d'estimer le retentissement de l'insuffisance respiratoire sur la qualité de vie du patient. Etant donné que la gêne est essentiellement liée à la dyspnée, il a été proposé de demander uniquement les stades de dyspnée. La dyspnée d'effort fait d'ailleurs partie des critères à rechercher chez les patients obèses selon la HAS [92].

Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS)

La recherche d'apnées du sommeil avec les symptômes qu'elle occasionne (endormissement diurne, ronflements, asthénie matinal) doit faire partie du suivi du patient obèse [92]. Hors, les médecins expliquaient qu'ils ne recherchaient pas le SAOS à titre systématique, qu'ils attendaient une plainte du patient pour envisager le diagnostic. Certains estimaient que les symptômes n'étaient pas assez spécifiques, entraînant un dépistage du SAOS non justifié. D'autres jugeaient le questionnaire d'Epworth trop contraignant. Ils proposaient de préciser uniquement si les patients étaient appareillés pour un SAOS avec la possibilité de cocher une case « ne sait pas » en cas d'absence de dépistage. Pour des raisons de simplicité, nous avons suivi cette proposition en espérant que cet item engendrera tout de même un dépistage plus systématique de la part des médecins.

4.5.6 Indicateurs de suivi annuel

Les médecins souhaitaient retirer cet item qui leur semblait redondant avec la partie « résultats biologiques », excepté pour ce qui est de l'électrocardiogramme. Ils estimaient que la réalisation d'un ECG devait faire partie du suivi du patient obèse mais pas forcément de façon annuelle. Ils regrettaient d'ailleurs l'absence de recommandations à ce sujet. Nous avons donc décidé de poser cette question dans l'item « pathologie cardio-vasculaire et respiratoire » en demandant uniquement si un ECG avait déjà été réalisé et si oui à quelle date.

4.5.7 Fréquence de la fiche de suivi patient obèse

Tout le monde s'accordait à dire qu'un suivi annuel était nécessaire, tout en exprimant leurs difficultés à suivre régulièrement les patients obèses sans comorbidités. En effet, ces derniers ne se considèrent pas comme malades et ne viennent donc pas en consultation pour ce motif. Une fiche annuelle sera peut-être l'occasion de refaire un point et de donner plus de poids à cette « pathologie »?

4.5.8 Propositions faites dans l'enquête de satisfaction

Nous n'évoquerons ici que les propositions faites par plus de 3 médecins et que nous n'avons pas retenues, les propositions retenues étant explicitées ci-dessus.

Certains médecins ayant répondu au questionnaire de satisfaction proposaient de quantifier l'activité physique et les apports caloriques (d'ailleurs recommandé par la HAS [92]). Cet item assez vaste nous paraissait plutôt du ressort de l'équipe d'ETP dans le cadre du diagnostic éducatif, raison pour laquelle nous ne l'avons pas retenu dans notre fiche. Il en est de même pour les critères socioprofessionnels du patient.

Quant au bilan thyroïdien, il n'est pas recommandé en absence de signes cliniques, nous ne l'avons donc pas retenu.

4.5.9 Pathologies ostéo-articulaires

Un seul médecin a évoqué les douleurs osseuses dans notre enquête de satisfaction. Nous n'avons pas évoqué les pathologies ostéo-articulaires lors du focus group mais cet item aurait mérité d'être discuté. En effet, on sait que le risque de survenue d'une arthrose de hanche est 2 fois plus important chez les patients obèses [96] et que ces derniers ont un risque

élevé de souffrir d'arthrose du genou [97]. La recherche de douleurs osseuses est d'ailleurs recommandée par la HAS [92]. Cet item nous a paru pertinent et facile à renseigner, raison pour laquelle nous l'avons inscrit dans notre fiche de suivi.

4.6 Les comptes-rendus d'ETP

4.6.1 Enquête de satisfaction

47.9% des médecins ayant répondu au questionnaire, avaient déjà reçu un compte-rendu d'ETP. Ce chiffre est plutôt satisfaisant étant donné que les comptes-rendus n'étaient envoyés que depuis quelques mois. Les médecins, qui ont pu regretter auparavant un manque de communication de la part de la MDN [74], se montrent intéressés par ces comptes-rendus puisque 92% d'entre eux les lisent toujours ou souvent. Ils en sont, pour la grande majorité, satisfaits (77%) voire très satisfaits (20%). Tous les médecins estimaient que les comptes-rendus étaient clairs et 97% d'entre eux trouvaient que leur contenu était pertinent. Enfin 94% d'entre eux expliquaient que le diagnostic éducatif était utile pour leur pratique.

Dans les commentaires libres, un médecin regrettait que les comptes-rendus d'ETP « n'analyse[nt] pas le suivi ou résultats ». On peut supposer que ce médecin n'avait pas encore reçu de bilan d'évaluation et qu'il faisait référence au diagnostic initial.

4.6.2 Focus group

Bien que tous les médecins de l'enquête de satisfaction se soient dits satisfaits de la clarté des comptes-rendus, les participants du focus group ont émis essentiellement des propositions ayant pour but d'améliorer ce point. Cela rejoint la remarque d'un médecin ayant répondu à l'enquête de satisfaction qui proposait de « simplifier les items avec 1 à 2 idées fortes ».

Nous avons donc analysé ces remarques, en séparant celles destinées au diagnostic initial de celles destinées au bilan d'évaluation. Les comptes-rendus modifiés suite à ces commentaires sont présentés en annexe n°11 (diagnostic éducatif) et annexe n°12 (bilan d'évaluation).

4.6.2.1 Pour le diagnostic éducatif

« vu et approuvé par le patient : oui, non, en partie, NSP »

Cette question (située à la fin du diagnostic éducatif) permet à la personne qui a réalisé l'entretien de préciser si le patient est d'accord avec ce qui a été dit. Les médecins étaient divisés quant à l'intérêt de cette question. Certains estimaient que l'information était inutile avec le risque d'être mal perçue par le patient. D'autres pensaient que cela permettait d'intégrer le patient à sa propre prise en charge.

Etablir un diagnostic éducatif à un moment donné avec un patient, c'est pouvoir lui rendre compte de ce qui a été entendu, restituer avec lui ce qu'il a compris, établir les écarts entre ce qu'il fait et le souhaitable, clarifier ce sur quoi on s'est ou non entendus. C'est à la suite de ce type d'entretien qu'il peut être possible de conclure ensemble un accord réciproque spécifiant ce que l'on considère comme nécessaire, utile, réaliste et acceptable de faire [47]. C'est donc le fondement de toute démarche d'ETP du patient mais, il n'est peut-être pas utile de le notifier dans le compte-rendu puisque l'accord du patient est une condition nécessaire à la poursuite de l'ETP.

Validation ou commentaires par le médecin traitant sur le diagnostic éducatif

Sur le compte-rendu du diagnostic éducatif, il existe des plages de commentaires laissées libres pour que le médecin traitant puisse faire des remarques. Un des médecins expliquait qu'il n'avait pas compris pourquoi il fallait le renvoyer. Il s'agit là d'une volonté d'intégrer le médecin traitant dans la prise en charge du patient. Les médecins estimaient que ce n'était pas nécessaire car ils faisaient confiance à la MDN à qui ils déléguaient la responsabilité de l'ETP, d'autant plus qu'ils ne se sentaient pas assez formés pour pouvoir faire des remarques.

Nous avons donc décidé de retirer cet item.

4.6.2.2 Pour le bilan d'évaluation

Progression des acquisitions sur le bilan d'évaluation

Tout le monde estimait que cet item était utile. Par contre, ils proposaient de rendre le résultat plus lisible en utilisant une étoile de David et en rajoutant un titre « évaluation des objectif acquis ». Nous avons également reformulé les intitulés « niveau de stress » et « niveau d'anxiété » que nous avons remplacé par « gestion du stress » et « gestion de l'anxiété » car cela nous paraissait plus cohérents avec notre échelle.

Sur les ateliers réalisés ou pas

Les médecins expliquaient qu'il était important de savoir à quels ateliers le patient avait participé. Par contre, ils jugeaient inutile le fait de préciser les ateliers proposés mais auxquels le patient ne s'était pas rendu arguant que cela pouvait porter à confusion.

Pour des raisons de clarté, il a été décidé de ne noter que les ateliers réalisés ou à programmer.

4.6.2.3 Remarques valables pour les 2 types de comptes-rendus

Mieux différencier les 2 types de comptes-rendus

Lors du focus group, les médecins ont éprouvé quelques difficultés à différencier le diagnostic initial et le bilan d'évaluation. Nous pensons qu'il serait utile de faire ressortir ce point en ajoutant un titre ou en le notant en gras par exemple.

Sur le stade de Prochaska

La plupart des médecins estimaient que cet item était trop spécialisé pour des médecins généralistes non formés à l'ETP et que cette classification dépendait de l'appréciation personnelle de chacun.

Nous avons donc décidé de ne plus préciser le stade de Prochaska dans les futurs comptes-rendus.

Date du diagnostic éducatif

Nous avons retiré la date du diagnostic éducatif qui était inscrit dans la partie « proposition d'actions éducatives à la MDN » car cette information était déjà renseignée au début du compte-rendu.

4.7 Difficultés au développement de l'ETP en ville

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a émis des recommandations pour développer une ETP «intégrée» à la pratique de médecine générale [39]. Ces recommandations reposent essentiellement sur la formation, sur la rémunération des médecins et sur une organisation territoriale des activités. Ces points ont également été abordés lors de notre focus group comme nous allons le voir.

4.7.1 Former les médecins à la pratique de l'ETP

Une vision de la démarche plus souvent centrée sur le conseil

Les médecins abordent prioritairement l'ETP sous l'angle de l'information et du conseil, avec des objectifs avant tout d'observance [78][98]. Si 95,3 % des médecins informent et conseillent les patients « *systématiquement* » (57,6 %) ou « *souvent* » (37,7 %) [99], ils ne sont que 28% à assurer eux même des rendez-vous dédiés à l'ETP [52]. Il semble donc que les autres approches de l'ETP, notamment centrées sur le développement de compétences, au service de l'autodétermination et de la qualité de vie [100][101] soient moins présentes aujourd'hui dans les pratiques.

Ces différentes approches de l'ETP nécessitent le développement ou le renforcement des compétences dans différents domaines, y compris dans le domaine relationnel et dans l'approche du côté « psycho-social », en complément des connaissances et compétences techniques [40].

Une volonté de la part des médecins de se former : la nécessité d'une réforme des études médicales

Dans l'étude ENTRED 2007, les médecins ont exprimé leur volonté de se former [52]. Les souhaits de formation se situent dans le domaine des compétences permettant de proposer et de négocier des objectifs, d'identifier les besoins des patients et d'apporter une information adaptée. En effet, les médecins adoptent encore trop souvent des postures injonctives ou prescriptives au détriment des postures éducatives. Ainsi, l'étude ENTRED démontrait que près de la moitié (43%) des personnes DT2 vivaient la relation médecin-patient sur un mode prescriptif, alors que les médecins pensaient partager les décisions [52].

Ces compétences, utiles à la mise en œuvre d'une démarche éducative individualisée, sont encore rarement enseignées dans la formation initiale médicale [39], bien que proches des compétences génériques de la médecine générale définies par les sociétés savantes [102].

Etat des lieux sur les formations en ETP de la Grande Région Wallonie-Luxembourg-Lorraine

Cet état des lieux a été réalisé dans le cadre du projet EDUDORA 2 [103]. L'offre de formation initiale spécifique en ETP apparaît relativement pauvre et peu formalisée, excepté pour les instituts lorrains de formation en soins infirmier. En ce qui concerne la formation continue, l'offre tend à se développer, impulsée par les directives légales qui exigent des compétences spécifiques pour prodiguer l'ETP par les professionnels de santé. Il existe

également des actions de sensibilisation à l'ETP proposées par un nombre croissant d'associations de formation continue au sein de la grande Région. Ainsi, la formation EDULOR répond à la problématique de formation minimale en ETP et permet, outre la rencontre multidisciplinaire, d'établir des vraies compétences en ETP localement, par bassin de population. Une approche plus globale et plus approfondie est proposée par un Diplôme Universitaire piloté par l'Université de Lorraine.

Il convient également de noter qu'un travail de révision de la maquette du programme national du deuxième cycle des études médicales est en cours dans le cadre de la réforme Licence-Maîtrise-Doctorat (LMD). Il met l'accent sur « le développement des compétences génériques », c'est-à-dire comment mieux communiquer avec les patients et les autres professionnels de santé ainsi que sur la pratique de l'exercice médical dans un cadre pluri-professionnel [104].

Un moyen de valoriser le travail du médecin

Les médecins formés à l'ETP y trouvent des éléments positifs pour eux-mêmes, notamment une certaine satisfaction morale, une meilleure organisation de leur travail, un renforcement de l'estime de soi et une valorisation de leur rôle [99]. Cela permet également de diminuer le sentiment d'inefficacité parfois ressenti par les médecins. Ce sentiment d'inefficacité serait d'autant plus important que les professionnels douteraient de leurs compétences dans ces domaines qui demandent des qualités psychopédagogiques fortes [105].

4.7.2 Difficultés à intégrer l'ETP à la consultation

Les médecins expliquaient que les patients n'étaient pas habitués à consulter uniquement pour de l'ETP. Il serait intéressant de sensibiliser les patients à l'importance de ce type de pratique au même titre que la prescription médicamenteuse, d'autant plus que les patients sont demandeurs d'information. En effet, 33 % des personnes diabétiques de type 2 interrogées par l'étude ENTRED indiquaient qu'elles souhaiteraient bénéficier d'un complément éducatif (ce pourcentage s'élevant à 72 % chez les personnes en ayant déjà bénéficié). Cependant, seules 17 % d'entre elles avaient bénéficié d'un complément éducatif en plus de la prise en charge médicale habituelle au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. [52]. Cela reflète sans doute en partie un manque d'information à la fois des patients et des soignants sur son intérêt.

Dans une autre étude, les personnes diabétiques de type 2 avaient l'impression que leur médecin généraliste manquait de temps et qu'il priorisait la gestion du traitement sur leur écoute [53]. De leur côté, les médecins regrettaient l'attitude de certains patients qui avaient tendance à les transformer en simples prestataires, prescripteurs de médicaments et d'examen complémentaires. Ainsi, le développement de la prescription de thérapeutique non médicamenteuse dans la prise en charge du diabète se heurte aux difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans l'application des recommandations portant sur les mesures hygiéno-diététiques avec, par voie de conséquence, un report sur le médicament [52]. Pour développer ce type de prescription, il faut une évolution de l'activité médicale avec un renforcement du « dialogue » entre le patient et son médecin.

Hors engager son patient à modifier son comportement via une prescription non médicamenteuse demande du temps. Le manque de temps est d'ailleurs le premier frein évoqué par les médecins dans la démarche éducative avec leurs patients diabétiques (76% des généralistes) [52]. En 2007, les médecins généralistes déclaraient travailler entre 52 et 60 heures par semaine, consacrant à peu près 16 mn aux consultations [106], la nature des patients expliquant la variabilité observée dans les durées de consultations : les consultations des patients ayant une ou deux ALD (Affections Longues Durée) sont plus longues. On voit bien que ces quelques minutes laissent peu de place à la pratique de l'ETP. Le développement de l'ETP nécessite une réorganisation de l'offre de soins, ce qui engendrera une adaptation de la rémunération des professionnels de santé.

4.7.3 Comment rémunérer l'ETP ?

Tout le monde n'accordait pas la même importance à l'intérêt de la rémunération dans le développement de l'ETP en ville. En fait, la rémunération est citée de manière très différente selon qu'elle est abordée en tant que frein ou en tant que levier. Dans l'étude ENTRED, seuls 19% des médecins généralistes citent la non-rémunération de l'activité comme un frein [52]. En revanche, interrogés avec une question ouverte, les médecins généralistes mentionnent spontanément une rémunération spécifique comme le premier facteur favorisant de l'acte éducatif [98].

Depuis quelques années, les modalités de rémunération des médecins généralistes sont en pleine restructuration. Ainsi, l'assurance maladie propose depuis 2009 des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), instaurant une rémunération complémentaire « à la performance » avec notamment un axe « prévention » et un axe « suivi

des maladies chroniques » pour les médecins volontaires. Toutefois ces contrats ne prennent pas en charge les actions d'ETP.

C'est pour cela que des Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) sont actuellement en cours pour favoriser notamment le développement de pratiques d'ETP multidisciplinaires dans les maisons et pôles de santé, ainsi que dans les centres de santé. Bien que constituant une avancée, ces nouveaux modes de rémunérations ne conviennent pas aux médecins exerçant seuls en cabinet. Dans notre focus group, certains proposaient de revaloriser les actes de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) en fonction du type de consultation.

Le paiement à l'acte est difficilement applicable à la pratique de l'ETP. Au lieu de pousser le médecin généraliste à multiplier les actes, il faudrait lui donner les moyens de prendre le temps nécessaire à la coordination ou la pratique. On pourrait par exemple envisager une forfaitisation de la prise en charge des patients chroniques qui inclurait la rémunération de l'ETP.

Les changements en termes de rémunération sont encore loin d'être aboutis d'autant plus qu'ils sont indissociables des modalités de l'offre de soins qui est également en pleine restructuration comme nous allons le voir.

4.7.4 Une réorganisation de l'offre de soins

Quel rôle pour le médecin généraliste ?

Pour différentes raisons (accessibilité géographique et financière, proximité et continuité relationnelle, relation de confiance, suivi du patient et de son entourage, répétition des rencontres), les médecins généralistes sont positionnés pour remplir une fonction d'éducation pour la santé [89][102] et d'éducation du patient [107]. Pourtant, l'ETP en ville reste peu répandue [65]. En effet, les 2/3 des programmes autorisés par les ARS se situent à l'hôpital [36][108] alors que 82% des DT2 sont suivis seuls par leur médecin généraliste [8]. Or, l'ARS de Lorraine considère que l'ETP doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients porteurs de maladies chroniques et ne peut être assurée par les seuls établissements hospitaliers [76].

Les réseaux de santé ouvrent des pistes mais l'articulation entre la ville et l'hôpital en matière d'ETP est à inventer. Une réflexion doit s'ouvrir sur le rôle des médecins traitants dans la démarche éducative, sur la manière dont ils présentent l'ETP aux patients, sur la façon

dont ils souhaitent y prendre part et sur les modalités d'orientation des patients vers des programmes autorisés.

L'étude ENTRED 2007 [52] montre qu'une partie des médecins interrogés souhaite s'investir, pour un petit nombre dans la mise en œuvre d'activités éducatives, et pour un plus grand nombre dans l'orientation de leurs patients, tout en assurant un suivi de long terme. Le rôle le plus souvent cité par les médecins généralistes est la coordination de l'ensemble de la démarche éducative (66% d'entre eux). Les médecins généralistes indiquent ensuite un rôle de suivi des acquis des patients (54%), de soutien au plan psychosocial (47%), de repérage des besoins éducatifs (46%), d'orientation vers les activités éducatives (41%) et seulement un médecin généraliste sur cinq indique un rôle de mise en œuvre d'activités éducatives.

Toutefois, l'exercice individuel de beaucoup de médecins représente un obstacle important à la pratique d'une ETP qui s'inscrit hors de la multidisciplinarité pourtant recommandée dans ce domaine [38]. Cela questionne l'organisation actuelle du système de soin.

Une organisation à repenser

Il semble qu'une organisation à plusieurs niveaux doive se mettre en place [52] :

-Au premier niveau une ETP de premier recours orchestrée par le médecin traitant, en lien avec d'autres professionnels de santé de proximité. On pourrait ainsi envisager une sorte d'ETP « d'ultra-proximité », associant le médecin, l'infirmière et le pharmacien du patient.

-L'ETP de deuxième recours correspond aux pratiques mises en œuvre par des équipes multiprofessionnelles comme par exemple celles des réseaux, des hôpitaux locaux, ou des services d'hospitalisation domicile.

-L'ETP de troisième recours étant mise en œuvre dans des structures spécialisées de référence, le plus souvent en secteur hospitalier, pour des maladies complexes et rares.

La prise en charge de l'ETP de 2^{ème} et 3^{ème} niveaux est déjà bien structurée mais l'ETP de premier recours nécessite l'émergence d'un « autre modèle d'offre de santé », à adapter en fonction du degré d'implication souhaité par les médecins.

Ainsi, selon le cahier des charges des réseaux territoriaux de Lorraine [76], l'implication du médecin généraliste dans l'ETP peut prendre plusieurs formes :

- Il peut adopter une posture éducative, c'est à dire une manière de travailler permettant l'implication de son patient, dans les décisions relatives à sa santé : c'est l'ETP intégrée aux soins. Tout soignant a la possibilité d'adopter cette posture éducative, qui est la marque de l'ETP, dans sa pratique quotidienne.

- Dans le cadre des programmes d'ETP, selon sa disponibilité et son niveau de formation en ETP :
- Il peut orienter les patients qui en ont besoin vers les programmes existants
- Il peut être partie prenante d'un programme ETP en participant par exemple au diagnostic éducatif
- Il peut participer à la mise en œuvre des séances d'ETP (individuelles ou de groupes)

Dans le Schéma Régional de Prévention [67], il est préconisé de développer une offre ambulatoire de proximité et donc soutenir les projets portés par les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé multithématiques, de même que favoriser les mutualisations inter-réseaux. Cela rejoint les propos du Pr Halimi qui explique que « pour bâtir une ETP de masse, il faut se fonder sur des offres diversifiées et complémentaires » [109].

L'exemple des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)

Il s'agit d'un « modèle » expérimental testé depuis 2008 qui fait collaborer des professionnels libéraux (au moins deux médecins et un autre professionnel) au sein de MSP dotées d'un projet de santé commun [36].

Dans cet objectif, les MSP ont pu s'inscrire dans la démarche d'ENMR, qui vise notamment à une meilleure coordination des soins, avec une rémunération spécifique, modulée selon la taille de la structure, et à une prise en charge de l'ETP [110]. L'hypothèse testée est que lever les freins financiers dans un cadre où la collaboration interprofessionnelle est encouragée permettra le développement de pratiques d'ETP de qualité.

Leur intérêt se situe non seulement dans une meilleure prise en charge des patients chroniques mais aussi dans une offre de services élargie pour les malades : elles devraient permettre également de meilleures conditions de travail aux professionnels qui y sont regroupés. De plus, elles trouvent un terrain privilégié dans les zones rurales et certaines zones urbaines. En 2011 on comptait 193 MSP avec une implantation majoritaire en zone rurale et 41 en zone urbaine dont 12 en zone urbaine sensible [36].

L'expérience ASALEE

Créée en 2003, l'expérimentation ASALEE a débuté dans le département des Deux-Sèvres en Poitou-Charentes. Elle s'est étendue en 2008 à d'autres régions dont la Lorraine avec la création d'un pôle vosgien, regroupant actuellement 15 médecins généralistes et 2

infirmières. Il n'y a pas encore d'expérience en Meurthe et Moselle, cela explique probablement pourquoi aucun médecin ne l'a évoqué dans notre étude.

Elle met en relation des infirmières formées, salariées de l'association, mais aussi libérales qui interviennent aux cabinets de médecins libéraux pour gérer les données des patients, mettre en place des dispositifs de rappel pour les examens ou les dépistages, assurer des consultations d'ETP à la demande du médecin.

Actuellement une infirmière partage son activité entre 4 à 5 cabinets. Dans cette dernière initiative, l'ETP est dispensée soit sous forme individuelle (privilégiée par les patients), soit sous forme collective lorsque cela peut apparaître utile.

Le travail en équipe proposé par ASALEE est bien adapté à l'organisation actuelle en petits cabinets médicaux. Elle place le médecin dans un rôle de coordination et de décision et l'infirmière dans celui d'accompagnement du patient (dépistage et ETP), conforme à sa formation et à ses compétences.

L'expérience ASALEE a déjà prouvé son efficacité puisqu'une étude menée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) [111] a montré qu'il existait un lien significatif entre la réalisation de consultations d'ETP et l'amélioration de l'équilibre glycémique.

Le cas de SOPHIA

Lancé en 2008 par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), le programme SOPHIA a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques en se basant sur le principe du « disease management ».

Il consiste à renforcer l'implication et la responsabilisation des assurés diabétiques dans la gestion et la maîtrise de leur maladie par la mise en œuvre d'un « coaching » téléphonique, effectué par des infirmières salariées de l'assurance maladie, formées et placées sous l'autorité des médecins conseils. Elles apportent des conseils aux patients diabétiques dans le suivi de leur maladie (rappels des examens, vaccinations) et les aident à atteindre leurs objectifs en matière d'alimentation ou d'activité physique. Cette action est soutenue par des courriers, des livrets thématiques, un journal et des outils pratiques (calendrier, carnet de bord), adressés aux patients et élaborés avec le soutien de l'Association Française des Diabétiques (AFD) et de l'INPES. L'adhésion des patients est volontaire (système d'« opt-in ») sur la base du retour d'un bulletin d'inscription envoyé par la CPAM aux assurés identifiés.

Les praticiens s'affirment en majorité peu satisfaits des modalités pratiques du programme (46 % de satisfaits contre 56 % antérieurement). Ils jugent en majorité le programme redondant avec leurs activités ou celle des réseaux, chronophage et continuent de soupçonner l'assurance maladie d'en faire un outil de contrôle de leur activité [36].

Le programme SOPHIA a certes le mérite de témoigner d'un intérêt réel vis-à-vis de l'épidémie de diabète mais il peut entraîner une confusion. En effet, Sophia n'est pas un programme d'ETP, seulement un programme d'accompagnement.

4.7.5 Difficultés à motiver les patients

Pourquoi ne pas adresser tous les patients ?

Si l'on rapporte le nombre d'obèses (6922215) en 2012 en France [30] au nombre de médecins généralistes (101803 en 2012 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques INSEE), on estime qu'un médecin suit en moyenne 68 patients obèses. De la même manière, un médecin suivrait en moyenne 34 patients diabétiques. Or, 33.8% des médecins ont déclaré avoir adressé moins de 5 patients à la MDN et 38% entre 5 et 10 patients. Selon l'étude ENTRED 2007 [52], le nombre total des patients suivis par les réseaux reste faible : seuls 2,5% des patients interrogés ont déclaré être pris en charge par un réseau de santé. Pourquoi une si faible implication? S'agit-il d'un refus de la part des patients ou d'une absence de proposition par les médecins ? Notre enquête ne cherchait pas à déterminer les raisons d'un si faible taux d'envoi. Toutefois, certains médecins ont expliqué que leurs patients ne se rendaient pas à la MDN malgré leurs recommandations. Ainsi, un des médecins estimait qu'environ « 30-40% des ordonnances pass[aient] à la poubelle ».

Dans son mémoire [112], Mme Keip avait interrogé les médecins considérés comme peu utilisateurs de la MDN afin de déterminer les raisons pour lesquelles ils n'adressaient pas ou peu leurs patients au réseau. Les 3 principales raisons invoquées furent :

- Un manque de disponibilité de la part de leurs patients
- Des difficultés pour se déplacer
- Une absence de motivation de la part des patients

Cela rejoignait d'ailleurs les commentaires des médecins ayant participé au focus group qui expliquaient que la motivation était très limitée et que la moindre difficulté était prétexte à tout arrêter.

Dans l'étude ENTRED, les médecins soulignaient le fait que les patients n'étaient pas demandeurs d'ETP. L'absence de demande est d'ailleurs citée par 47% des médecins comme

un frein à l'ETP ; suivi par l'absence de besoin ressenti par les patients diabétiques (33%) [52]. Cela rejoint d'ailleurs les résultats du baromètre santé [99] qui a interrogé les personnes diabétiques de type 2 n'ayant pas effectué de changements pour leur santé dans leurs habitudes quotidiennes. La première raison avancée était l'absence de besoin de changer (46%) et 21% des personnes indiquaient qu'elles n'avaient pas envie de changer leurs habitudes. 20% des personnes disaient avoir essayé de changer certaines choses mais n'y être pas parvenues, et seulement 13% déclaraient qu'elles avaient l'intention de changer certaines choses.

Pourtant, les recommandations pour le diabète sont vécues comme acceptables par la majorité des patients [52]. Il existe donc un fossé entre le sentiment élevé de capacité à mettre en œuvre les recommandations données par le médecin, et leur mise en pratique. Cet écart entre le sentiment d'être capable d'agir pour contrôler la maladie et la mise en œuvre effective des recommandations est bien connu. L'étude internationale DAWN [113] (Diabetes Attitudes Wishes and Needs) a montré que sur plusieurs points (prise du traitement, autocontrôle), les patients ne progressaient pas parce qu'ils pensaient déjà bien faire et contrôler leur diabète.

Certaines situations particulièrement propices à la mise en place de l' ETP

Selon le Dr Pierre-Yves Traynard [65], les périodes les plus propices à l'ETP sont :

-Au début de la maladie, après l'annonce du diagnostic.

Certains médecins estiment à tort que l'ETP n'a pas son utilité pour des patients bien équilibrés [114]. Hors, les personnes ayant un diabète récent et n'ayant pas de traitement sont particulièrement demandeuses d'information [52].

-À la suite d'un incident de santé, de traitement: malaise hypoglycémique, épisodes d'hyperglycémie prolongée, prise de poids, arrêt du traitement...

-Lors d'une évolution de la maladie: apparition d'une complication (les motivations des patients sont réputées plus fortes en prévention secondaire), découverte de facteurs de risque associés, changement de traitement... L'ETP des patients permet ainsi de lutter contre l'inertie clinique, en facilitant le passage à des traitements, souvent perçus comme agressifs, tels l'instauration de l'insuline [60].

-À l'occasion d'un changement de conditions de vie, d'un projet de voyage, d'une nouvelle activité professionnelle.

D'autres moins propices

Le respect des recommandations s'avère parfois complexe compte tenu des représentations culturelles du «surpoids», des habitudes alimentaires de certaines communautés d'origine étrangère ou encore de la situation de patients qui ne font pas de leur santé une priorité, d'autant que les régimes sains préconisés nécessitent l'accès à des approvisionnements spécifiques et plus coûteux. La nécessité de maintenir dans le temps ces pratiques se heurte donc aux aléas des situations sociales et au vécu du patient mais aussi à la difficulté «ordinaire» pour tous les patients atteints de maladies chroniques de vivre sous la «contrainte», d'autant plus ici que la pathologie est asymptomatique (du moins à ses débuts) et n'est pas perçue d'entrée comme menaçant le pronostic vital.

La participation du patient aux séances d'ETP nécessite que sa situation personnelle soit compatible. Ce n'est pas parce qu'un patient refuse une première fois de participer à des séances d'ETP que ce refus est définitif. Il faut savoir le reproposer jusqu'au jour où le patient estimera que sa situation le permet et qu'il se sentira prêt.

Le cas particulier de l'obésité :

Les médecins s'accordaient à dire que les patients obèses non diabétiques étaient encore plus difficiles à motiver car l'obésité n'est pas considérée comme une maladie et qu'ils ne venaient jamais en consultation pour cela. Ainsi, les patients obèses se plaignent, sur certains forums [115], d'être «stigmatisés», regrettant que leurs médecins évoquent leur problème de poids à chaque consultation. D'un autre côté, certains médecins n'osent pas aborder ce sujet (qu'ils jugent trop sensible) par crainte de détériorer la relation médecin/patient. Toutefois, il faut noter que les attentes des patients sont ambivalentes : d'un côté, ils sont satisfaits de la relation avec leur médecin généraliste lorsque celui-ci ne leur renvoie pas l'image de malade mais en même temps, ils se disent insatisfaits de leur prise en charge [53].

Les campagnes de santé publique pourraient apporter une aide car elles constituent un moyen de sensibilisation des patients et sont connues pour contribuer à faciliter l'abord de certains sujets en consultation [99].

4.8 Améliorer la collaboration interprofessionnelle

4.8.1 Avec la MDN

4.8.1.1 Promouvoir la MDN et ses actions

La méconnaissance de l'offre éducative est un frein au développement de l'ETP [78]. Pourtant 40 % des médecins déclarent ne pas connaître l'offre d'éducation du patient dans leur région ou la connaître seulement partiellement [36]. Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'une information locale et régulièrement actualisée sur les relais disponibles pour les médecins généralistes en matière d'ETP [99].

Le moins que l'on puisse dire, c'est que la MDN fait son maximum pour promouvoir ses actions. D'une part, en direction des usagers grâce à :

- Des mailings envoyés à des maisons de retraite, CAT, associations de quartiers
- L'édition et la diffusion d'un journal aux médecins traitants et aux usagers
- Au site internet qui existe depuis 2007
- Des plaquettes d'information largement diffusées
- Par l'intermédiaire des professionnels membres du réseau

D'autre part, en direction des professionnels, la communication se fait essentiellement par le bouche à oreille. Des courriers sont également envoyés régulièrement aux médecins et des plaquettes sont mises à disposition dans les structures sanitaires et sociales. 2000 exemplaires du journal sont distribués chaque année. De la même façon, la présentation et la promotion du réseau est régulièrement assurée par les médecins diabétologues du CHU lors de leurs interventions dans et hors du service, et lors de leur séances d'enseignement.

C'est ainsi que le rapport de FJN et associés [75] reconnaissait une certaine notoriété du réseau : 70 % des répondants non adhérents à la MDN déclaraient la connaître et 43% se disaient prêts à y adhérer. Toutefois, il semblerait que quelques précisions puissent être utiles notamment sur la prise en charge des personnes obèses. En effet, certains médecins ont avoué ne jamais avoir envoyé de patients obèses non diabétiques à la MDN.

Notre questionnaire ne permettait pas de savoir si les médecins envoyaient plutôt leurs patients diabétiques qu'obèses. En effet, notre question « avez-vous déjà envoyé des patients : obèses ? diabétiques ? les 2 ? » pouvait porter à confusion. Les patients diabétiques de type 2 étant souvent obèses, les médecins ont pu répondre « les 2 » en considérant envoyer des patients obèses et diabétiques. Il aurait fallu la reformuler pour pouvoir interpréter au mieux les résultats.

Par ailleurs, les médecins du focus group ne semblaient pas au clair sur les critères d'inclusion des patients en surpoids ou obèses. Hors, l'adhésion du patient se fait selon les critères d'inclusion assez simples :

-chez l'adulte : IMC sup 30 ou IMC sup 25 avec comorbidités ou risque de DT2

-chez l'enfant : obésité grade 2

La MDN publie et envoie une lettre d'information semestrielle aux patients et aux professionnels adhérents au réseau. Il serait peut être intéressant de faire une « piqûre de rappel » sur les critères d'inclusion des patients obèses non diabétiques.

4.8.1.2 Une meilleure accessibilité des programmes d'ETP dans les « antennes locales »

La MDN a développé des antennes relai sur 5 sites dans le but d'offrir une ETP de proximité au plus grand nombre. Toutefois, il semblerait que des problèmes d'organisation subsistent. Ainsi, les médecins regrettaient des délais de rendez-vous souvent dissuasifs. Des améliorations ont déjà été apportées avec propositions systématiques de dates dans le mois qui suit le diagnostic [75]. Mais les secrétaires sont parfois obligées d'annuler certaines cessions faute de candidats. Ces annulations engendrent souvent une démotivation de la part des patients qui sont pour la plupart déjà difficiles à convaincre.

Les médecins estimaient également qu'il serait utile d'étendre les plages horaires afin de pouvoir intégrer au mieux les personnes actives.

Un renforcement de l'équipe de coordination permettrait de mieux répondre aux besoins des patients et professionnels mais cela engendrerait un surcoût pour le réseau qui, aux vues du contexte économique actuel, paraît difficilement envisageable. La mutualisation des réseaux proposée par l'ARS permettra peut-être de pallier à ce genre de problème [67].

4.8.1.3 Moyens de communication

Les médecins étaient assez divisés quant au moyen de communication le plus adapté. 29% d'entre eux souhaitaient poursuivre les échanges uniquement par courrier contre 39% qui souhaitaient une utilisation exclusive d'internet. Les autres médecins (32%) souhaitaient coupler les 2 moyens de communications.

Afin de satisfaire le plus grand nombre, il serait judicieux de poursuivre l'envoi de courrier papier associé à un envoi par mail sécurisé (apycrypt).

4.8.2 Entre les réseaux

Les médecins s'accordaient à dire qu'il fallait améliorer la communication entre les réseaux afin d'éviter de demander plusieurs fois les mêmes informations au médecin traitant.

Ainsi, les médecins généralistes peuvent être découragés à l'idée de remplir de tels formulaires aux contenus hétérogènes, compte tenu du caractère largement spécialisé des réseaux.

A titre d'exemple, parmi les réseaux financés par l'ARS Lorraine, on dénombre

- 6 réseaux régionaux:

- RIR LOR pour les patients insuffisants respiratoires
- NEPHROLOR pour les patients insuffisants rénaux
- LORSEP pour les patients atteints de sclérose en plaques
- PERINATALITE pour le suivi des femmes avant et après leur accouchement
- ANTIBIOLOR, réseau d'antibiologie
- ONCOLOR, réseau de cancérologie

A noter que le réseau ICALOR (pour les patients insuffisants cardiaques) a récemment perdu son financement par l'ARS.

- Et 28 réseaux thématiques:

- 13 réseaux gérontologiques
- 10 réseaux de diabétologie-nutrition
- 3 réseaux de soins palliatifs
- 1 réseau d'addictologie
- 1 réseau pour la prise en charge de l'ostéoporose

Les médecins proposaient de créer une fiche standard, commune à tous les réseaux. Cette « standardisation » doit passer par une meilleure coordination territoriale qui est indispensable pour harmoniser les ressources et faciliter l'accès des patients aux structures et programmes d'ETP. Placée sous la responsabilité des ARS, cette coordination doit d'ores et déjà être envisagée aujourd'hui, en recourant le plus possible aux outils numériques afin de réduire les distances et de pratiquer un suivi optimal des patients. L'information doit être disponible sur internet, et garantie par une validation officielle.

Par ailleurs, dans notre enquête de satisfaction, un médecin proposait de répertorier la MDN dans les pages jaunes. Cela laisse à penser que l'offre des réseaux n'est pas assez visible pour les médecins généralistes. Or, le médecin généraliste ou spécialiste doit connaître

toutes les possibilités qu'offre son territoire aujourd'hui. L'un des objectifs de l'ARS de Lorraine est de faire évoluer l'offre de programmes monothématiques vers une organisation pluri-thématique et territorialisée, permettant de rendre plus visible et plus cohérente l'offre en matière d'ETP.

L'évolution se ferait selon deux axes [116]

-Pour les réseaux de santé régionaux (RR) : évolution vers des missions supports uniquement.

L'apport du RR portera sur les champs suivants :

-La formation : élaboration des programmes de formation en lien avec le Réseau Territorial (RT), mise en œuvre des séances de formation se faisant au niveau des RT.

-L'expertise : sollicitation du RR en situation de cas complexes et en fonction des besoins exprimés au niveau local.

-L'évaluation : dans le cadre de l'évaluation interne faite par le RT, le RR peut apporter son aide pour trouver des indicateurs pertinents par pathologie. L'évaluation externe appartenant à l'ARS dans le cadre d'un appel d'offre pour retenir un prestataire de service.

-L'information sur les bonnes pratiques : les recommandations nationales (HAS) donnent lieu à la rédaction, en région, de référentiels qui sont les algorithmes décisionnels utiles aux professionnels.

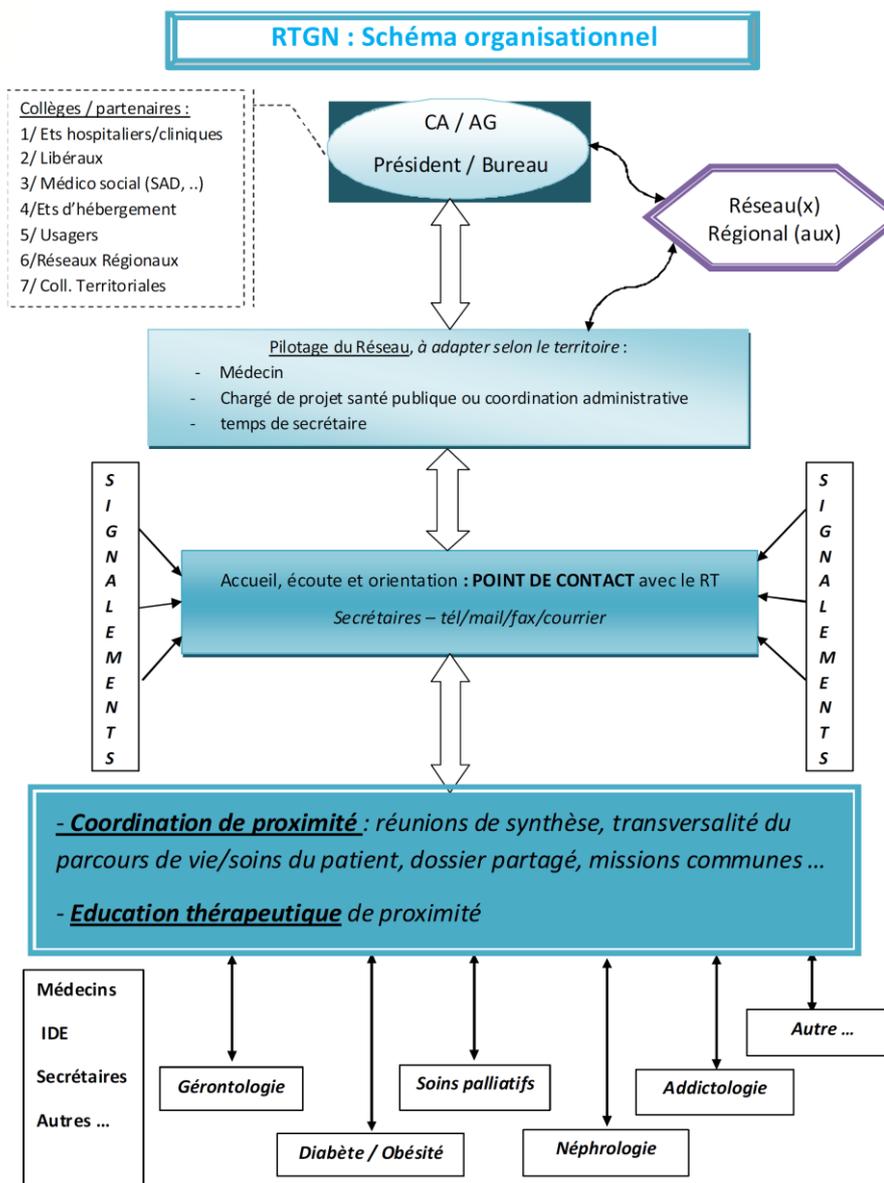
L'évolution des RR se ferait vers une fédération régionale avec la mise en commun du secrétariat ou des moyens logistiques (idée d'un numéro unique), chacun gardant toutefois sa spécificité thématique dans une fédération régionale les rassemblant.

-Pour les réseaux de santé thématiques : évolution vers des réseaux de santé territoriaux (RT) populationnels, pluri-thématiques avec nécessité de réaliser la coordination de la prise en charge au plus près du patient et de son médecin et de maintenir la complémentarité hôpital/ville.

- Principe : le médecin traitant qui souhaite un appui, une aide dans la prise en charge de son patient contacte le réseau territorial, unique interlocuteur « réseau » sur son territoire. A charge pour le réseau territorial d'organiser la coordination de la prise en charge du patient, avec son accord, et de l'orienter vers la ressource compétente (gériatrie, soins palliatifs, diabète et nutrition, addictologie...).

- Missions de coordination concernant : le maintien à domicile, l'ETP sur le territoire, les soins palliatifs et l'addictologie.

C'est ainsi que la création d'un Réseau Territorial du Grand Nancy (RTGN) est en cours d'élaboration. Celui-ci devrait regrouper plusieurs réseaux dont la MDN, NEPHROLOR (insuffisance rénale chronique), le réseau Gérard CUNY (gériatrie) et le réseau Autrement (soins palliatifs). Le mode d'entrée et le parcours du patient dans la reconfiguration d'un réseau territorial unique (Réseau Territorial du Grand Nancy) est toujours en réflexion. Le schéma suivant illustre le schéma organisationnel tel qu'il était proposé en 2011 :



(source : document de travail du Réseau Territorial du Grand Nancy – Août 2011)

4.8.3 Entre les professionnels de santé

Ville-hôpital

La coopération hôpital-ville ne va pas de soi. La France apparaît la moins bien placée des 8 pays enquêtés (Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) par la Commonwealth Fund consacrée aux maladies chroniques dans certains pays de l'OCDE [117] pour la liaison ville-hôpital.

Ainsi, dans notre enquête, les médecins regrettaient un problème de coordination avec l'hôpital. Ils déploraient des délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation trop longs aboutissant à des actes redondants et inutiles.

Ils proposaient de recevoir les comptes-rendus via apicrypt, comme cela se fait déjà dans d'autres services. Ils poussaient l'idée plus loin en évoquant la possibilité de recevoir les bilans biologiques réalisés en cours d'hospitalisation.

Entre généralistes/spécialistes

Un des médecins proposait de favoriser la transmission des informations en permettant à la MDN d'accéder aux bilans biologiques et aux comptes-rendus de spécialistes. Cette vision rejoint un peu l'idée du Dossier Médicale Partagé (DMP) qui peine aujourd'hui à se développer.

En effet, l'échange d'information, au-delà du support technique, suppose une confiance entre interlocuteurs, si ce n'est une considération. Hors, certains spécialistes n'envoient pas de comptes-rendus aux médecins généralistes, ce qui leur donne alors le sentiment d'être exclus de la prise en charge du patient [80]. Les généralistes, quant à eux, ont émis quelques critiques envers les spécialistes. Une transformation profonde des modalités de travail des médecins est nécessaire afin de permettre une meilleure collaboration interprofessionnelle.

4.9 Propositions d'amélioration

Aux vues de ces constatations, nous pouvons proposer plusieurs pistes d'amélioration :

- Concernant l'organisation

-Améliorer l'accès aux points relais (horaires d'ouverture, lieux) et la visibilité de la MDN en réorganisant les réseaux (création d'un Réseau Territorial du Grand Nancy)

-Poursuivre l'information sur les activités d'ETP proposées par la MDN pour les adhérents et non adhérents (notamment en ce qui concerne les critères d'inclusion des patients obèses)

- Concernant les outils de travail

-Simplifier les démarches administratives et utiliser des supports informatisés. Par exemple en utilisant les nouvelles fiches de bilan annuel avec des données pré remplies pour les années suivantes

-Envoyer les nouveaux comptes-rendus d'ETP pour que les médecins soient informés du déroulement des séances d'ETP

Ces documents proposés à la suite de notre étude ne sont pas définitifs et pourront encore être améliorés par la suite.

- Pour améliorer le suivi des patients

-Rembourser les actes de soins nécessaires au suivi du patient diabétique et obèse (diététicien, podologue...)

-Faire des actes dérogatoires pour favoriser l'accès au fond d'œil des patients diabétiques

- De façon plus générale pour le développement de l'ETP

-Faire des campagnes d'information sur l'intérêt de l'ETP à destination des médecins et des patients

-Formation (initiale et continue) des professionnels de santé à l'ETP

-Réorganiser la rémunération des médecins

-Améliorer la collaboration interprofessionnelle

5 CONCLUSION

La prise en charge du patient obèse et/ou diabétique de type 2 est une tâche plus difficile qu'il n'y paraît. En effet, le caractère asymptomatique de ces pathologies (tout du moins au début de la maladie pour ce qui est du diabète) entraîne des difficultés d'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques. Même si des directives générales peuvent être proposées, il convient d'individualiser le traitement en essayant d'obtenir le meilleur rapport bénéfices/risques, à un coût raisonnable [118].

L'ETP intègre parfaitement ce concept d'individualisation et bien qu'elle soit désormais reconnue, sa pratique à grande échelle, se heurte encore à des problèmes d'organisation de soins et de formation des soignants dans notre pays [51]. Les réseaux tels que la MDN, représentent une alternative pertinente au développement d'une ETP de proximité.

Bien que les activités de la MDN semblent satisfaire une grande partie de ses adhérents, des améliorations restent possibles. Nous espérons que les modifications apportées à la fiche de bilan annuel du patient diabétique ainsi que la création d'une fiche de suivi du patient obèse (non diabétique) leurs donneront entière satisfaction et que la simplification des comptes-rendus d'ETP aura répondu à leurs attentes.

Lors de notre enquête, les médecins ont également soulevé différents freins à la mise en place de l'ETP en ville. Le développement de l'ETP doit se faire en lien étroit avec les médecins traitants pour s'adapter au mieux aux réalités de terrain. L'ARS prévoit prochainement une réorganisation des réseaux avec la création future d'un Réseau Territorial du Grand Nancy pour lutter contre ces difficultés. Il faudra également envisager d'autres modalités d'accès à l'ETP (complémentaires mais non concurrentes), comme c'est le cas actuellement dans les MSP et pôle de santé ou à travers l'expérimentation ASALEE.

Au-delà d'une réorganisation de l'offre de soins, le développement de l'ETP devra passer par une transformation profonde des modalités de travail : la prise en charge médicale ne doit pas se réduire à une simple prescription médicamenteuse. Il faudra donc du temps pour que l'ETP soit parfaitement intégrée au parcours de soins.

6 ANNEXES

6.1 Annexe n°1 : Exemple de diagnostic éducatif



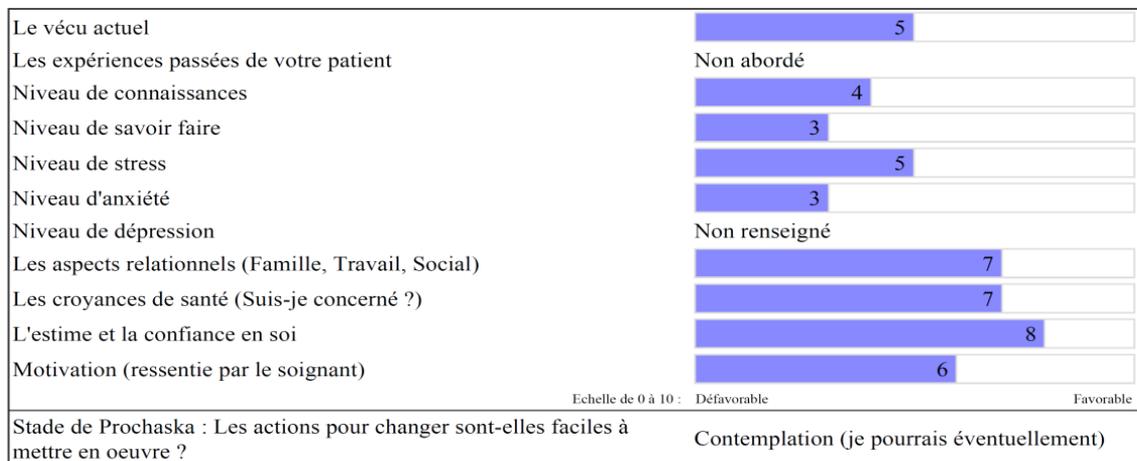
Dr
 , Rue
 54000 NANCY

NANCY,
 Le jeudi 19 septembre 2013

Cher confrère,

Nous vous remercions de nous avoir adressé M né(e) le / /19 pour participer à la prise en charge de son diabète type 2 sans insuline.

Suite à l'entretien avec , diététicienne, qui s'est déroulé le / /20 , voici les éléments de synthèse du diagnostic éducatif que nous vous proposons pour votre patient. Ceci est une appréciation clinique partagée avec votre patient, susceptible de changer tout au long du parcours d'éducation thérapeutique. Elle nous permet de personnaliser son parcours et d'évaluer nos actions.



Nous vous proposons de valider (recto-verso) ou ajuster ce diagnostic pour M que vous connaissez bien.

Remarques de votre part :

Freins et leviers à l'éducation thérapeutique

Aspects constructifs

- Marche.
- Sa femme cuisine.

Obstacles

- Arthrose du genou.
- Estomac gastrectomisé.
- Troubles du sommeil.

Synthèse

Depuis deux mois, il veut se prendre en main pour l'alimentation et surtout savoir comment gérer ses fringales la nuit. Il aimerait des repères en quantité sur les aliments à consommer.

Objectifs

Compétences psychosociales

Compétences techniques

- Gérer son diabète et le sommeil.

Propositions d'actions éducatives à la MDN

1. Ateliers d'éducation

- Les généralités du diabète - Module 1 (IDE), programmé le 15/03/2012 (présent).
- Les traitements et complications du diabète - Module 2 (IDE), programmé le 26/03/2012 (présent).
- Adapter son alimentation à son diabète - Module 1 (DIET), programmé le 05/03/2012 (présent).
- Adapter son alimentation à son diabète - Module 2 (DIET), programmé le 23/04/2012 (présent).
- Vivre avec un diabète - Module 1 (PSY), programmé le 27/03/2012 (présent).
- Vivre avec un diabète - Module 2 (PSY), programmé le 30/03/2012 (présent).
- Le suivi annuel et le dépistage des complications - Module 1 (MED), à programmer.
- Le suivi annuel et le dépistage des complications - Module 2 (MED), à programmer.
- Bouger plus pour son diabète - Module 1 (KINE), programmé le 12/04/2012 (absent).
- Bouger plus pour son diabète - Module 2 (KINE), programmé le 19/07/2012 (présent).
- Prendre soin de ses pieds - Module 1 (PODO), programmé le 11/05/2012 (présent).
- Prendre soin de ses pieds - Module 2 (PODO), programmé le 18/05/2012 (présent).

2. Entretiens individuels

Aucun entretien n'a été décidé

3. Diagnostic éducatif

Date : / / 2012

Présence : présent

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

SIGNATURE DU MEDECIN COORDINATEUR

Dr. Ph. BÖHME



Médecin Coordonnateur

Vu et approuvé par le patient Oui Non En partie NSP

Commentaires :

Diagnostic éducatif et objectifs partagés avec le médecin traitant : Oui Non En partie

Vos propositions :

6.2 Annexe n°2 : Exemple de bilan d'évaluation



Dr
 ,
 54000 NANCY

NANCY,
 Le

Cher Confrère,

Suite au diagnostic éducatif du / /2012, nous vous informons que votre patient né(e) le / /19 , qui présente une pathologie de diabète type 2 sans insuline, a pu bénéficier, depuis son diagnostic éducatif initial daté du / /2012, de 10 ateliers d'éducation thérapeutique, dont voici le détail :

N°	Thème de l'atelier	Date
1	Adapter son alimentation à son diabète - Module 1 (DIET)	05/03/2012
2	Les généralités du diabète - Module 1 (IDE)	15/03/2012
3	Les traitements et complications du diabète - Module 2 (IDE)	26/03/2012
4	Vivre avec un diabète - Module 1 (PSY)	27/03/2012
5	Vivre avec un diabète - Module 2 (PSY)	30/03/2012
6	Adapter son alimentation à son diabète - Module 2 (DIET)	23/04/2012
7	Prendre soin de ses pieds - Module 1 (PODO)	11/05/2012
8	Prendre soin de ses pieds - Module 2 (PODO)	18/05/2012
9	Bouger plus pour son diabète - Module 1 (KINE)	05/07/2012
10	Bouger plus pour son diabète - Module 2 (KINE)	19/07/2012

Evaluation des objectifs acquis

Compétences psycho-sociales	Evaluation
<i>Aucun ou non renseigné</i>	
Compétences techniques	Evaluation
1. Gérer son diabète et le sommeil.	Non renseigné
2. Restructuration des repas (accompagnement par sa femme)	Réussite
3. Faire attention à ses pieds	Réussite
4. Marcher davantage (régularité)	Réussite
5. Attentif à la surveillance du DT2 - hémoglobine glyquée à 6,5 actuellement	Réussite

Propositions d'actions éducatives à la MDN

1. Ateliers d'éducation

- Adapter son alimentation à son diabète - Module 1 (DIET), programmé le 04/07/2013 (présent).
- Adapter son alimentation à son diabète - Module 2 (DIET), programmé le 18/07/2013 (présent).
- Prendre soin de ses pieds - Module 2 (PODO), programmé le 03/07/2013 (absent).
- Aide à la reprise d'une activité physique - Module 1 (KINE), à programmer.
- Aide à la reprise d'une activité physique - Module 2 (KINE), à programmer.

- Aide à la reprise d'une activité physique - Module 3 (KINE), à programmer.

2. Entretiens individuels

Aucun entretien n'a été décidé

3. Diagnostic éducatif

Date : 09/10/2012

Présence : présent

Diagnostic éducatif

Le vécu actuel INITIAL	5
Le vécu actuel INTERMEDIAIRE	Non renseigné
Les expériences passées de votre patient INITIAL	Non abordé
Les expériences passées de votre patient INTERMEDIAIRE	Non renseigné
Niveau de connaissances INITIAL	4
Niveau de connaissances INTERMEDIAIRE	8
Niveau de savoir faire INITIAL	3
Niveau de savoir faire INTERMEDIAIRE	8
Niveau de stress INITIAL	5
Niveau de stress INTERMEDIAIRE	5
Niveau d'anxiété INITIAL	3
Niveau d'anxiété INTERMEDIAIRE	Non renseigné
Niveau de dépression INITIAL	Non renseigné
Niveau de dépression INTERMEDIAIRE	Non renseigné
Les aspects relationnels (Famille, Travail, Social) INITIAL	7
Les aspects relationnels (Famille, Travail, Social) INTERMEDIAIRE	Non renseigné
Les croyances de santé (Suis-je concerné ?) INITIAL	7
Les croyances de santé (Suis-je concerné ?) INTERMEDIAIRE	8
L'estime et la confiance en soi INITIAL	8
L'estime et la confiance en soi INTERMEDIAIRE	8
Motivation (ressentie par le soignant) INITIAL	6
Motivation (ressentie par le soignant) INTERMEDIAIRE	9
Echelle de 0 à 10 : Défavorable Favorable	
Stade de Prochaska : Les actions pour changer sont-elles faciles à mettre en oeuvre ? INITIAL	Contemplation (je pourrais éventuellement)
Stade de Prochaska : Les actions pour changer sont-elles faciles à mettre en oeuvre ? INTERMEDIAIRE	Action (je fais mais ça me coûte des efforts)

Synthèse

Mr est satisfait du parcours proposé, de la complémentarité des domaines / thématiques abordés. A intégré les différents outils et sait les conjuguer. A un regard critique sur ce qu'il fait (alimentation - surveillance pieds - activité physique) et sait mettre en parallèle ses résultats glycémiques. Il est conscient qu'il est nécessaire d'entretenir sa motivation et ses connaissances -> parcours à organiser à distance (environ 6 mois).

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

SIGNATURE DU MEDECIN COORDONATEUR

Dr. Ph. BÖHME



Médecin Coordonnateur

Vu et approuvé par le patient Oui Non En partie NSP

6.3 Annexe n°3 : Fiche de bilan annuel diabète

<p>Étiquette patient</p> <p>NOM</p> <p>Prénom</p>	<p>BILAN ANNUEL DIABÈTE</p> <p>Année 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Cachet à mettre sur les 4 exemplaires</p>
<p>Fiche de synthèse établie le : / / par le Dr</p> <p>Date de naissance : / / Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>		<p>N° du dossier (ou étiquette)</p>
<p>Diabète début et type</p>	<p>Année de diagnostic du diabète</p> <p>Année de début des comprimés</p> <p>Année de début de l'insuline</p>	
<p>Autres pathologies Hospitalisations</p>	<p>Pathologies graves depuis 1 an : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lesquelles :</p> <p>Hospitalisation(s) depuis 1 an : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui motif :</p> <p>Durée :</p>	
<p>Traitements</p>	<p>Sulfamide <input type="checkbox"/> Biguanide <input type="checkbox"/> Inhib. a gluc. <input type="checkbox"/></p> <p>Glinide <input type="checkbox"/> Glitazone <input type="checkbox"/></p> <p>Insuline <input type="checkbox"/> si oui nombre d'injections/j :</p> <p>NPH <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Analogue Rapide <input type="checkbox"/></p> <p>Analogue lent <input type="checkbox"/> Insulines pré-mélangées <input type="checkbox"/></p> <p>Autosurveillance glycémique : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui nombre de glycémies/semaine :</p>	
<p>Données cliniques générales</p>	<p>Taillecm PoidsKg</p> <p>IMCKg/m² Tour de taillecm</p>	
<p>Résultats Biologiques</p> <p>Date :</p>	<p>HbA1c%</p> <p>Créatininemg/l Clairanceml</p> <p>Microalbmg/l ou Protéinurieg/l</p>	
<p>Facteurs de risque cardiovasculaire (en dehors du diabète)</p>	<p>Coronaropathie chez des parents du : Non Oui Nsp</p> <p>1^{er} degré (♂ < 65 ans ♀ < 55 ans) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hyperlipémie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>HTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Complications spécifiques du Diabète</p>	<p>Rétinopathie Non Oui</p> <p>Laser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>si oui : fait <input type="checkbox"/> prévu <input type="checkbox"/></p> <p>Cécité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Néphropathie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Micro-albuminurie (30 - 300 mg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Protéinurie (> 300 mg/24 h) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuf. rénale (Cockroft < 60) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dialyse (en cours ou prévue) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Greffe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pathologies cardio-vasculaires</p>	<p>Coronaropathie Non Oui Nsp</p> <p>Angor stable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Syndrome coronarien aigu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>si oui : date</p> <p>Angor instable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarctus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Revascularisation coronaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Pontage : fait <input type="checkbox"/> prévu <input type="checkbox"/></p> <p>Angioplastie : faite <input type="checkbox"/> prévue <input type="checkbox"/></p> <p>Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hypertrophie ventriculaire G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>RISQUE(S) PRIORITAIRE(S)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Rétinopathie sévère</p> <p><input type="checkbox"/> Protéinurie >1 g/l (ou / 24 h) ou insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Haut risque podologique (grade 2 - 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Risque cardio-vasculaire élevé</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique avérée</p> <p><input type="checkbox"/> Surpoids sévère (IMC > 30 kg/m²)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Déséquilibre du diabète (HbA1c > 8 %)</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés d'adhésion au traitement</p> <p><input type="checkbox"/> Situation de précarité</p> <p><input type="checkbox"/> Tabagisme en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Buveur excessif</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>		

FREDDIAL
Feuillet jaune à garder par le médecin / Feuillet blanc à réserver dans le carnet / Feuilllets vert et bleu à envoyer au Réseau.

6.4 Annexe n°4 : Questionnaire enquête de satisfaction

Vos caractéristiques socio-démographiques

1) Sexe

H F

2) Age

< 40 ans 50-60 ans
 40-50 ans > 60 ans

3) Depuis combien de temps êtes-vous installé?

< 10 ans > 20 ans
 10-20 ans

4) Mode d'exercice

Urbain (*nombre d'habitants > 20 000*) Semi-rural (*3000 < nombre d'habitants < 20 000*)
 Rural (*nombre d'habitants < 3000*)

5) Depuis combien de temps adhérez-vous à la MDN 54?

< 6 mois > 1 an
 Entre 6 mois et 1 an

6) Nombre de patients adressés au réseau MDN 54

< 5 ? Entre 10 et 20 ?
 Entre 5 et 10 ? > 20 ?

7) Les patients que vous avez adressés sont-ils :

Diabétiques? Les 2 ?
 Obèses?

L'éducation thérapeutique et vous

1) Etes-vous globalement satisfait de la prise en charge éducative de vos patients par le réseau?

Tout à fait Pas du tout
 Plutôt Non concerné(e)
 Pas vraiment

2) Etes-vous satisfait des thèmes abordés lors des séances d'éducation thérapeutique de vos patients ?

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait | <input type="checkbox"/> | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Pas vraiment | | |

3) Pensez-vous que l'éducation thérapeutique proposée par la MDN 54 facilite votre pratique quotidienne pour la prise en charge de vos patients ?

Meilleure collaboration / Motivation

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait | <input type="checkbox"/> | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Pas vraiment | | |

4) Pensez-vous que les séances d'éducation thérapeutique ont permis d'améliorer les compétences et le comportement de vos patients ?

Concernant leur alimentation, activité physique, observance thérapeutique, suivi...

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait | <input type="checkbox"/> | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Pas vraiment | | |

Concernant la fiche de bilan annuel du patient diabétique

1) Pouvez-vous donner votre opinion générale sur cette fiche ?

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Très mécontent(e) |
| <input type="checkbox"/> | Satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Mécontent(e) | | |

2) Pour combien de patients l'avez-vous déjà remplie?

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Aucun | <input type="checkbox"/> | Entre 5 et 10 |
| <input type="checkbox"/> | < 5 | <input type="checkbox"/> | > 10 |

3) Pensez-vous que les informations demandées soient claires?

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait | <input type="checkbox"/> | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Pas vraiment | | |

4) Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour remplir cette fiche?

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Toujours |
| <input type="checkbox"/> | Rarement | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Souvent | | |

5) Vous est-il arrivé de ne pas la remplir ?

Oui Non

Si oui, pourquoi?

Trop long Trop complexe

Autre :

6) Pensez-vous qu'il faudrait la simplifier ?

Oui Non
 Non concerné(e)

Si oui, quels sont les points à améliorer?

En vue d'une fiche de suivi du patient obèse non diabétique

Quels critères biomédicaux simples vous semblent indispensables pour le suivi annuel d'un patient obèse non diabétique ?

Hormis l'IMC

Concernant les comptes-rendus d'éducation thérapeutique (diagnostic éducatif et évaluation)

1) Avez-vous déjà reçu un compte-rendu d'éducation thérapeutique?

Si la réponse à cette question est 'non', vous pouvez directement vous reporter à la question 8

Oui Non

2) Lisez-vous les comptes-rendus que l'on vous envoie?

Jamais Toujours
 Rarement Non concerné(e)
 Souvent

3) Pouvez-vous donner votre opinion générale sur les comptes-rendus?

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Très mécontent(e) |
| <input type="checkbox"/> | Satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Mécontent(e) | | |

4) Etes-vous satisfait de la clarté des informations?

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Très mécontent(e) |
| <input type="checkbox"/> | Satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Mécontent(e) | | |

5) Que pensez-vous de la pertinence des informations?

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Très mécontent(e) |
| <input type="checkbox"/> | Satisfait(e) | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Mécontent(e) | | |

6) Jugez-vous les informations du diagnostic éducatif utiles pour votre pratique?

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait | <input type="checkbox"/> | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Pas vraiment | | |

7) Selon vous, quels sont les points à améliorer?

8) Quel moyen de communication vous semble le plus adapté?

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Courrier | <input type="checkbox"/> | Les 2 |
| <input type="checkbox"/> | Internet | | |

9) Etes-vous satisfait des modalités d'accès à l'éducation thérapeutique?

A savoir une ordonnance de votre part

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait | <input type="checkbox"/> | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt | <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) |
| <input type="checkbox"/> | Pas vraiment | | |

6.5 Annexe n°5 : Fiche de bilan annuel diabète (retravaillée par la MDN)



BILAN ANNUEL DIABETE©



<p>Etiquette patient</p> <p>NOM _____</p> <p>Prénom _____</p>	<p>Année</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Cachet du médecin</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<p>Fiche de synthèse établie le :/...../.....</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p>	<p>par le Dr : _____</p> <p>sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	<p>N° dossier (ou étiquette)</p>
<p>Diabète début et type</p>	<p>Type 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Type 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Année du diagnostic :</p>	<p>Type 2 sous insuline <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/></p> <p>Hospitalisation ≤ 1 an Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, motif :</p>
<p>Traitements</p>	<p>Autosurveillance glycémique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Antidiabétiques oraux : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Traitement par injection :</p> <p>Hors insuline <input type="checkbox"/> Par insuline <input type="checkbox"/></p>
<p>Données cliniques générales</p>	<p>Taille cm</p> <p>IMC Kg/m2</p>	<p>Poids Kg</p> <p>Tour de taille cm</p>
<p>Résultats biologiques</p> <p>Date :/...../.....</p>	<p>HbA1c %</p> <p>DFG ml/min</p> <p>Microalb mg/l</p>	<p>LDL - Cholestérol g/l</p> <p>HDL - Cholestérol g/l</p> <p>Triglycérides g/l</p>
<p>Facteurs de risque cardiovasculaire (en dehors du diabète)</p>	<p>Pression artérielle :/..... systolique / diastolique</p> <p>HTA Traité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Tabagisme actif ou arrêté depuis moins de 3 ans : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Accident cardiovasculaire précoce chez un patient du 1er degré (Homme < 55 ans, Femme < 65 ans) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Complications spécifiques du Diabète</p>	<p>Rétinopathie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Pied diabétique (risque podologique) : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires</p>	<p>Coronaropathie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Insuffisance cardiaque Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Artérite des membres inférieurs Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Athérome carotidien ou ATCD d'AVC Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
INDICATEURS DE SUIVI ANNUEL		
<p>Depuis 1 an, le patient a-t-il bénéficié :</p>		
<p>→ d'au moins trois hémoglobine glyquée ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>→ d'un examen de pieds ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>→ d'un bilan lipidique ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>→ d'un fond d'oeil ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>→ d'un bilan néphrologique (DFG et de l'albuminurie) ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>→ d'une consultation dentaire ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>→ d'un électrocardiogramme ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>		

6.6 Annexe n°6 Fiche de bilan obésité (proposée par la MDN)



BILAN ANNUEL OBESITE©



Etiquette patient		Cachet du médecin	
NOM _____	Année	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Prénom _____		3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Fiche de synthèse établie le :/...../.....		par le Dr : _____	
Date de naissance :/...../.....	sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° dossier (ou étiquette)	
Données cliniques générales	Poids maximum _____ Kg	Poids à 18-20 ans : _____ Kg	
	Taille _____ cm	Poids _____ Kg	
	IMC _____ Kg/m ²	Tour de taille _____ cm	
HOSPITALISATION	Hospitalisation ≤ 1 an : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, motif : _____		
Facteurs de risque cardiovasculaire	Pression artérielle :/..... systolique / diastolique	Tabagisme actif ou arrêté depuis moins de 3 ans : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Accident cardiovasculaire précoce chez un patient du 1er degré (Homme < 55 ans, Femme < 65 ans) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Résultats biologiques	Glycémie a jeûn _____ g/l	Triglycérides _____ g/l	
	Date :/...../..... DFG _____ ml/min	LDL - Cholestérol _____ g/l HDL - Cholestérol _____ g/l	
Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires	Insuffisance respiratoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Apnées du sommeil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Coronaropathie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Insuffisance cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Athérome carotidien ou ATCD d'AVC	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
INDICATEURS DE SUIVI ANNUEL			
Depuis 1 an, le patient a-t-il bénéficié :			
→ d'un bilan lipidique ?		→ d'un dosage de glycémie ?	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
→ d'un électrocardiogramme ?			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

6.7 Annexe n°7 : Analyse descriptive des données (logiciel SAS version 9.3)

Tableau D.1 Descriptif des caractéristiques des medecins répondants et de leur satisfaction concernant la transmission des informations par le réseau MDN

	N	%
Sexe		
F	21	29.6
H	50	70.4
Age		
Manquant	1	
40-50 ans	12	17.1
50-60 ans	38	54.3
< 40 ans	4	5.7
> 60 ans	16	22.9
Temps d'installation		
Manquant	1	
10-20 ans	11	15.7
< 10 ans	8	11.4
> 20 ans	51	72.9
Mode exercice		
rural (nombre d'habitants < 3000)	8	11.3
semi-rural (3000 < nombre d'habitants < 20 000)	17	23.9
urbain (nombre d'habitants > 20 000)	46	64.8
Durée d'adhésion à la MDN		
Manquant	2	
< 6 mois	1	1.4
> 1 an	65	94.3
entre 6 mois et 1 an	3	4.3
Nombre de patients adressés au réseau MDN 54		
< 5	24	33.9
> 20	3	4.2
entre 10 et 20	17	23,9
entre 5 et 10	27	38
Patients adressés à la MDN		
diabétiques?	21	29.6
les 2 ?	48	67.6
obèses?	2	2.8
Satisfaction de la prise en charge éducative réalisée par le réseau		
Non concerné	6	8.5
Pas vraiment	5	7
Plutôt	37	52.1
Tout à fait	23	32.4
Satisfaction des thèmes abordés lors des séances d'éducation thérapeutique		
Non concerné	11	15.5
Pas vraiment	2	2.8
Plutôt	32	45.1
Tout à fait	26	36.6
Pratique du médecin généraliste facilitée par l'ETP réalisée par la MDN		
Non concerné	6	8.5
Pas vraiment	5	7
Plutôt	33	46.5
Tout à fait	27	38
Effet de l'Education thérapeutique sur les compétences du patient		
Manquanr	1	

Tableau D.1 Descriptif des caractéristiques des medecins répondants et de leur satisfaction concernant la transmission des informations par le réseau MDN

	N	%
Non concerné	5	7.1
Pas vraiment	8	11.4
Plutôt	39	55,8
Tout à fait	18	25.7
Satisfaction fiche suivi du diabétique		
Manquant	2	
Mécontent	10	14.5
Non concerné	7	10.1
Satisfait	45	65.3
Très mécontent	1	1.4
Très satisfait	6	8.7
Nombre de patients pour lesquels la fiche a été complété		
Manquant	3	
< 5	33	48.5
> 10	12	17.7
Aucun	5	7.4
entre 5 et 10	18	26.4
Clarté des informations demandées		
Manquant	5	
Non concerné	2	3,6
Pas du tout	1	1,8
Pas vraiment	7	9,1
Plutôt	36	52,7
Tout à fait	20	32,7
difficultés de remplissage de la fiche		
Manquant	5	
Jamais	19	28.8
Non concerné	3	4.6
Rarement	32	48.5
Souvent	10	15.1
Toujours	2	3
Motifs de non remplissage		
Manquant	44	
Patient non revu	4	14.8%
trop complexe	5	18.5%
fiche perdue	2	7.4%
Fiche oubliée	3	11.1%
trop long	22	81.4%
Fiche à simplifier		
Manquant	8	
Non	28	44.4
Non concerné	4	6.4
Oui	31	49.2
Lecture des compte-rendu reçus		
Manquant	34	
Non concerné	2	5.4
Rarement	3	8.1
Souvent	3	8.1
Toujours	29	78.4
Satisfaction générale sur le CR d'ETP		
Manquant	37	
Mécontent	1	2.9
Non concerné	4	11.8
Satisfait	23	67.7
Très satisfait	6	17.6
Satisfaction par rapport à la clarté de l'information		
Manquant	37	
Non concerné	4	11.8
Satisfait	22	64.7
Très satisfait	8	23.5

Tableau D.1 Descriptif des caractéristiques des medecins répondants et de leur satisfaction concernant la transmission des informations par le réseau MDN

	N	%
Satisfaction sur la pertinence des informations		
Manquant	36	
Mécontent	1	2.9
Non concerné	4	11.4
Satisfait	23	65.7
Très satisfait	7	20
Information du DE utiles en pratique		
Manquant	37	
Non concerné	1	2.9
Pas vraiment	2	5.9
Plutôt	20	58.9
Tout à fait	11	32.3
Moyens de communication adaptés		
Manquant	2	
Courrier	20	29
Internet	27	39.1
Les 2	22	31.9
Satisfaction des modalités d'accès à l'ETP		
Manquant	5	
Non concerné	4	6,1
Pas du tout	1	1.5
Pas vraiment	7	10.6
Plutôt	32	48.5
Tout à fait	22	33.3

Données MB. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 10JUN2013

Tableau D.2 Commentaires libres

	N	%
Points à améliorer		
Manquant	56	
Traitements : il manque les IDPP4	1	6,7
bilan vasculaire trop détaillé	1	6,7
clarté, limiter aux items essentiels de la médecine générale	1	6,7
fiche trop détaillée dans la biologie / nécessite une saisie manuelle de tous les critères	1	6,7
permet de refaire un point complet	1	6,7
plus lisible, trop dense	1	6,7
plus rapide	1	6,7
pour les traitements, il manque les inhibiteurs de la ddp4	1	6,7
problème de redondance avec le dossier patient informatisé, coté lassant de ressaisir les infos d'une année à l'autre	1	6,7
remplacer la feuille de QCM par des items libres: - ancienneté et type du diabète - traitements: dernière ordonnance - examen clinique : P, T, BMI, TA - biologie: HbA1c, DFG, EAL - complication	1	6,7
répertorier la MDN dans les pages jaunes	1	6,7
se servir des ATCD du logiciel médecin	1	6,7
version fiche "mail"	1	6,7
version électronique interfacée logiciel métier	1	6,7
Trop de réseaux ! trop de fiches trop de paperasse !	1	6,7
Critères biomédicaux pour le suivi des patients obèses		
Manquant	28	
IMC/HBA1C	1	2,3
TA , tour de taille biologie : fonction rénale, hépatique, bilan lipidique	1	2,3
TA, DFG, EAL	1	2,3
TA, glycémie, EAL, TSH, ferritine, transa	1	2,3
TA, pouls , glycémie à jeun	1	2,3
activité physique tour de taille glycémie à jeun et EAL	1	2,3
bilan lipidique, glycémie, hba1c, GGT	1	2,3
comorbidités autre que le diabète comportement alimentaire (caractéristiques/modifications)	1	2,3
critères socio-professionnels situation familiale	1	2,3
glycémie bilan lipidique fonction thyroïdienne activité physique périmètre abdo	1	2,3
glycémie à jeun bilan lipidique	1	2,3
glycémie à jeun, cholestérol, LDL, Triglycérides TA	1	2,3
glycémie, EAL, fonction rénale, transa	1	2,3
je n'ai jamais utilisé MDN 54 pour mes obèses!	1	2,3
nombre d'heure hebdomadaire d'activité physique, facteurs de risque, complications et pathologie CV	1	2,3
pli cutané tricipital, périmètre abdominal ,morphotype	1	2,3
poids, périmètre abdo, glycémie, EAL, creat, transa	1	2,3
poids, taille, périmètre abdo	1	2,3
présence régulière	1	2,3
périmètre abdo TA, FEV, FR	1	2,3
périmètre abdominal	5	11,6
périmètre abdominal, LDL, glycémie TA	1	2,3
périmètre abdominal, TA, tabac biologie =cholestérol, créatine	1	2,3
quantifier l'activité physique réelle quantifier les apports caloriques effectifs	1	2,3
si HTA : EAL, K, créat, TSH, glycémie , microalbuminurie tous les 2-3 ans si HTA : doppler vasculaire	1	2,3
tour de taille	3	7
tour de taille, bilan lipidique, glycémie, créat, acide urique, masse grasse	1	2,3
tour de taille, bilan lipidique, pli cutané, TA	1	2,3
tour de taille, sensation de bien-être, activité physique	1	2,3
Périmètre abdominal, TA	1	2,3
Poids, périmètre (abdominaux ou autres si nécessaire) TA Fc, EFR, glycémie EAL et consult cardio	1	2,3
Profil lipidique, TA	1	2,3
Nombre de repas, activité physique	1	2,3
TA, pouls, glycémie à jeun, activité physique (entreprise ou arrêtée)	1	2,3
Encore une fiche !	1	2,3
éducation alimentaire, sportif, environnement, mode de vie	1	2,3
Points à améliorer		
Manquant	68	
communication (email? Apicrypt?)	1	33,3
n'analyse pas le suivi ou résultats, comptes-rendus succincts mettant en place des moyens	1	33,3
simplicité des thèmes, 1 à 2 idées fortes	1	33,3

6.8 Annexe n°8 : Retranscription complète du focus group

Dr Böhme : Qui veut démarrer ? Donc les besoins spontanés à la fois pour le suivi et les liens avec des éducateurs thérapeutiques, des structures en éducation thérapeutique.

Dr 3 (s'adressant à Dr 1) : Tu veux peut être commencer je sais pas ?

Dr 1: Non, je vais peut-être le faire en dernier car comme on baigne là-dedans depuis 2 ans, je veux pas faucher les...

Dr Böhme : Les expériences sont variées effectivement.

Dr 1: Oui

Dr 5: Nous disions à Mélanie (Dr 2 et moi) en arrivant qu'on était un peu désabusés de la prise en charge de nos patients surtout diabétiques, on n'avait pas abordé le problème de l'obésité. En disant qu'il y avait une forme de lassitude parce que les patients chroniques (en ce qui concerne le diabète en particulier) s'en foutaient un peu, disaient « Dr augmentez-moi les médicaments et puis tout va bien se passer » et puis on n'arrivait pas à épanouir le versant activité physique, nutrition en contrepartie d'une prise en charge médicamenteuse qui simplifiait les problèmes. « Vous me donnez mes pilules et ça va bien se passer » et nous n'avions pas d'argument pour faire avancer le schmilblick vis à vis de ce type de patient.

Dr 2 : Moi je rajouterai quelque chose qui est un petit peu pervers : c'est que les histoires de 50 centimes par boîtes de médicaments... Alors c'est peut être au ras des pâquerettes mais les gens se sont aperçus qu'il y avait des boites de 90 et ils se débrouillent. La pharmacie dit « pourquoi pas » ainsi de suite, la sécu pareil encourage. Donc les gens on les voit qu'une fois, souvent on en voit certains qu'une fois tous les 3 mois.

Dr 5 : En général oui, c'est tous les 3 mois.

Dr 2: Non tous les 3 mois. Dans la consultation qui va durer je vais dire 25 min : parler de la prise de sang, parler des résultats déjà je veux dire clinique , c'est à dire hors prise de sang, voir un petit peu le point sur la prise des médicaments. Et ben il reste plus grand-chose et les gens ils sont bien contents. Ils nous disent « vous nous redonnez pour 3 mois ceci et cela et cela » et le problème est réglé.

Dr 5: Ou pas réglé du tout. (rire)

Dr 2: Non mais quand je dis le problème... la situation.

Dr Böhme : Voilà : la situation se ...

Dr 5:...Pérennise

Dr 2: Et là-dessus les gens. .. je vais dire pour les...Alors avant ils venaient tous les mois, donc tous les mois on avait, y'avait un temps, un créneau pour lequel on pouvait faire quelque chose.

Dr Böhme Sur le plan éducatif ?

Dr 3 : Ben après je pense qu'il faut pas hésiter à leur dire de revenir le mois suivant s'il y a pas mal de chose et pour peut-être les motiver un petit peu à l'éducation thérapeutique.

Dr 2 (en secouant la tête): Ben moi alors je sais pas comment il faut faire mais moi j'y arrive pas. Moi, une fois qu'ils ont leur boîte de 90 eh ben..

Dr 3: Moi je leur donne pas.

Rire

Dr 2 : Ben oui. Non mais le problème c'est que ...je veux dire... ben faut leur dire ben vous revenez mais....Puis y'a quand même une pression. Je sais pas pourquoi, et des pharmaciens et de la caisse qui fait que... Et puis ils nous disent mais ça coûte cher à chaque fois ! Parce que, à chaque fois, ils se prennent quand même alors bon y'a un forfait de 50 euros mais..

Dr 3: Mais sur les boîtes de 90, il me semble qu'ils prennent 3 fois 50 centimes ?

Dr 1: Non.

Dr 3: C'est des patients qui m'ont dit ça.

Dr 1 Non, c'est par boîte.

Dr 2: C'est 50 par boîte.

Dr 3: D'accord ok.

Dr 2 : Non mais c'est ça. Le jour où ils ont compris ça. Moi j'arrivais à en tenir tous les 2 mois (je faisais à renouveler 1 fois) mais quand ils ont compris que y avait 50 centimes qu'une fois sur une boîte de 90 alors là...

Dr 3: Alors par rapport à l'éducation enfin là c'est tout à fait autre choses. On a le problème de Sophia où les gens effectivement si on leur propose l'ETP enfin la Maison du diabète ou quoi, ils vont nous dire ben y'a déjà Sophia.

Dr Böhme : Ouais ils font la...

Dr 3: Parce que Sophia, ils les harcèlent. Ils les relancent !

Dr 4: Oui ils les relancent sur leur téléphone

Dr 3 : Ils nous relancent aussi.

Dr 4: Ouais même des gens qui ont décroché.

Dr 3: Enfin moi je m'en fous mais ils relancent.

Dr 2: Les gens ils aiment pas trop Sophia moi dans ma patientèle...

Dr 5: Moi j'ai pas pu vendre Sophia en ce qui me concerne.

Dr 2: Plus de la moitié ont refusé.

Dr Böhme : Plus de la moitié ?

Dr 2: Moi je sais y'en a un bon quart qui a refusé officiellement et y'en a un bon quart qui n'a pas répondu donc ...

Dr 3 (s'adressant à Dr Böhme) : Parce que vous en pensez quoi vous de Sophia ? Ça change peut être un peu de .. Mais c'est important de savoir.

Dr 2 : Alors non mais justement c'est important de recentrer parce que parmi les prestations il y a effectivement je crois qu'ils vous proposent aussi d'annualiser une sorte de bilan ?

Dr 2:Oui.

Dr 1:Tout à fait.

Dr Böhme...Qui vient se confondre effectivement avec ce que propose la Maison du Diabète.

Dr 2 et 3 acquiescent.

Dr Böhme: Ou d'autres réseaux en Lorraine Donc là aussi effectivement, pour les médecins, il y a peut-être des difficultés à choisir l'un ou l'autre ou enfin je m'interroge en tout cas sur la pertinence d'avoir 2 systèmes parallèles Vous avez Sophia qui vous propose aussi une fiche de bilan annuel ? Et puis une structure qui elle fait de l'éducation thérapeutique, ce que ne fait pas Sophia on est bien d'accord...

Dr 3 : Sophia, c'est l'infirmière

Dr Böhme : C'est une infirmière, une sorte de coaching téléphonique parfois y'a des enquêtes téléphonique avec une nutritionniste, enfin une diététicienne derrière mais. C'est pas de l'éducation thérapeutique. C'est un programme d'accompagnement : on vise pas à changer les compétences du patient avec le côté relationnel qui va avec. Donc voilà y'a d'une part le bon suivi qu'on propose aux médecins de faire via Sophia et via le réseau. Donc déjà y'a un souci de dualité et y'a quand même toute l'éducation thérapeutique, comment elle se met en place, avec quel relationnel entre vous et la structure, et comment avancer. Qui plus est avec Sophia qui va peut-être donner de la confusion dans les messages et ça, effectivement c'est une vraie difficulté. Donc moi j'y crois pas trop et les premières évaluations pas officielles mais officieuses sont pas si bonnes que ça..

Dr 1: Pas très bonnes.

Dr D: Avec une sensation quand même de rouleau compresseur, d'un mammoth dans le lancement. C'est une usine.

Dr 3:Oui.

Dr Böhme : Ah ben ça coûte cher Sophia, ça coûte cher.

Dr 5:Oui oui oui

Dr 1 : Juste pour revenir sur le plan médical. Si tu veux, ça pose pas franchement problème de revoir les gens tous les 3 mois. Le problème, il est qu'actuellement, au niveau de la CCAM, on n'arrive pas à

distinguer des C de différentes valeurs. Hein, tu fais une prescription de pilule en 30s, c'est C 23. Tu fais une consultation d'une demi-heure avec un poly-pathologique c'est C 23.

Dr 2 et 5 acquiescent

Dr 1 : Le problème c'est d'arriver dans la CCAM clinique à distinguer...ça viendra je pense en 2015. On aura 3 niveaux de consult. Il faudra que derrière il y ait du contenu, c'est-à-dire que tu pourras pas dire « j'ai fait une consultation longue » si t'as bombardé ça en 2 min. Enfin ça c'est déjà...

Dr 3 : C'est pas possible de faire un renouvellement de diabète en 2 min, c'est pas possible ou alors le gars il en a rien à faire et..

Dr 1 : Non mais attends tu as des médecins qui te font 80 consult dans la journée et qui arrivent à te dire qu'ils font du bon boulot Bon ça, ça existe. Faut pas aller chercher midi à 14h bon alors 80 patients dans la journée tu peux faire ton décompte ça fait ..

Dr 3 : Oui, ah non mais ..

Dr 1 : Mais par contre ce qui est sûr, c'est que la prise en charge d'un patient chronique, c'est difficile tout seul au cabinet et donc tu as besoin de t'aider sur des structures existantes voilà. Le problème c'est te dire moi ce patient il est diabétique; le régime il connaît rien ou il fait rien. Il est peut être motivé mais moi j'ai pas le temps de le brieffer je vais m'appuyer sur une structure effectivement qui fera le travail à ta place. Après, c'est comment on va communiquer alors souvent le ...

Dr 3 : Oui et puis la structure.(je rebondis sur le structure) parce que sur Pont-A-Mousson, on a quelques patients qui sont à la MDN. Souvent quand je leur demande « alors ça y est vous avez commencé ? » Parfois y'a des grands laps de temps...

Dr 2, 4 et 5 acquiescent.

Dr 2 : Oui demain.

Dr 3 : Où ils n'ont pas de nouvelles et puis où ils arrivent pas à trouver de créneaux. Alors j'en avais déjà parlé avec Me Barthélémy et qui m'avait dit « oui c'est vrai que c'est un peu compliqué sur Pont-à-Mousson ». Je crois parfois c'est assez compliqué pour juguler les séances et voilà. Donc après les gens peuvent être motivés si on les pousse un peu, mais la motivation elle est très limitée et ils se démotivent très vite s'ils ont pas, s'ils obtiennent pas...

Dr 1 et G acquiescent.

Dr Böhme : Il suffit d'un grain de sel.

Dr 3 : Voilà oui. Parce que les gens pensent que tout est acquis donc en fait, pour eux, ils ne comprennent pas pourquoi on n'arrive pas à organiser une séance. Ils comprennent pas que c'est très compliqué quoi. Donc ça c'est un peu le problème, c'est de trouver...

Dr 2 : Mais ils sont pas demandeurs, le problème c'est...

Dr 3 : Ben si si moi ils sont demandeurs c'est des gens qui s'inscrivent à la MDN !

Dr 2 : Non mais moi ce que je veux dire, c'est que moi (j'ai l'impression) c'est qu'ils sont pas demandeurs au départ.

Dr 1 : C'est sûr.

Dr 2 : Donc il faut déjà les motiver, il faut déjà les pousser puis c'est le problème de l'éternel humain c'est qu'on est feignant par nature! Donc pourquoi faire quelque chose quand on peut ne pas le faire ? Donc s'il y a une raison quelconque qui fait que. c'est administratif, qu'il faut se déplacer, que c'est pas la bonne heure ainsi de suite c'est sûr que... Parce qu'ils sont pas demandeurs au départ. Ils se donnent peut être bonne conscience mais ils en ont pas compris la nécessité.

Dr 3 :Oui mais ça c'est à nous de leur faire comprendre !

Dr 1: C'est le rôle du médecin de les amener à rentrer dans le processus de prise en charge de sa maladie. C'est à toi de le motiver tu vas pas le faire à la première consult...

Dr 2 Non mais je suis d'accord.

Dr 1: Mais à la longue c'est ton rôle de le mettre...

Regard interrogateur du Dr 5

Dr 1 : Ben comme pour l'arrêt du tabac. Le patient qui fume chez toi, tu vas quand même essayer d'obtenir l'arrêt du tabac? Donc cet arrêt du tabac, les premiers messages que tu vas envoyer, t'es sûr que derrière t'as rien. T'as l'impression que t'es tombé sur un mur alors que non. T'as déjà une accroche et c'est petit à petit que tu vas l'amener et c'est pas facile. L'éducation thérapeutique, c'est pas facile non plus mais c'est ton job et le jour où on fera une consultation longue on te demandera (effectivement dans la consultation l'entretien motivationnel etc) ce que t'as mis en place, c'est couru d'avance.

Dr 3 : Bon après c'est vrai que chez les actifs, c'est quand même très difficile. Alors moi, quand je parle, c'est souvent des retraités ou des gens plus jeunes mais qui ne travaillent pas. Mais chez les actifs qui travaillent, effectivement ; mettre en place de l'éducation thérapeutique euh c'est très très difficile. D'autant que les créneaux sont très difficiles à trouver pour satisfaire tout le monde. Parce que Pont à Mousson je sais qu'il y a eu des créneaux de prévus qui ont été annulés. Ça c'est dixit les patients donc..

Dr Böhme :Oui oui oui

Dr 1: Bien sûr.

Dr 3:Donc voilà ben y'a les patients on annule une fois, on annule deux fois et puis après ils disent stop.

Dr Böhme : C'est sûr qu'il y a une organisation qui est ultra simplifiée à l'hôpital quand on fait de l'éducation thérapeutique parce qu'on a les ressources sur place mais..

Tous les médecins acquiescent.

Dr 3 :Et ils sont en consultation et ils peuvent faire l'ETP après.

Dr Böhme :Ah il y a pas toujours non plus à l'hôpital mais peut-être pour d'autres raisons mais..

Dr 3 : C'est vrai. Quelqu'un qui va venir en consultation, il aura certainement plus de facilités si bon y'a une structure où ben tiens vous sortez de ma consult allez hop,et on peut les envoyer. Et là, ils peuvent faire un bilan, enfin le premier bilan là (ou un autre bilan d'entretien ou quelque chose). Mais est-ce que ce sera possible de faire ça ?

Dr 1 : Oui.

Dr 3 : Parce que se dire on voit les gens en consult et on les envoie. Faut-il aussi qu'il y ait de la place. Parce qu'à un moment, il peut ne pas y avoir de place aussi.

Dr Böhme : Bien sûr

Dr 3 : Donc les gens : faire la queue une heure chez nous et puis après faire encore une fois 1 heure d'attente. Peut-être qu'ils ont pas envie de le faire aussi quoi ? Mais, en général; quand ils viennent chez le médecin, c'est vrai qu'ils ont prévu leur matinée (enfin chez moi). Je suis toujours en retard (rire).

Dr 1 : Ce sera possible dans quelques mois.

Dr 3 : Mais si effectivement en sortant du cabinet, je leur dis « ah ben maintenant vous y allez ». Je suis sûre que j'arriverai à en motiver pas mal. Effectivement..... je pense mais...

Dr 1 : Si si.

Dr 3 : Tu crois que ça va se faire dans quelques mois ? Ouais ? Tu vas nous organiser ça sur Pont à Mousson ?(rire)

Dr 1 : Oui. Enfin bon si tu veux, mais (rire) c'est plutôt sur Nancy que ça s'organise.

Dr 3 : Oui mais tu vois après voilà.

Dr 1 : Oui mais en même temps bon on fait partie. Et c'est un outil au service des médecins justement pour simplifier sa tâche.

Dr Böhme : Voilà effectivement. Donc on va reparler un peu plus d'éducation thérapeutique proprement dit juste après. On va peut être juste se concentrer un tout petit peu sur ce qui est aussi...En tout cas, nous c'est ce qu'on pense, que y'a pas d'éducation thérapeutique sans bonne prise en charge médicale ou biomédicale et inversement. Et c'est pour ça que d'emblée, depuis que la structure existe, on a mis en place, au moins pour le diabète, (on l'a pas fait pour l'obésité) une sorte de bilan annuel qui valorisait aussi l'entrée dans le réseau pour le médecin. Enfin y'avait toujours une petite valorisation financière. Donc la question qu'on voulait aborder et développer avec vous c'est ...

Distribution bilan annuel diabète

Dr Böhme : Comment vous faites les commentaires, les critiques sur cette fiche ? Tout le monde l'a déjà rempli au moins une fois depuis 3,4 ans ?

Les médecins acquiescent.

Dr Böhme : Comment vous la trouvez ?

Dr 5 lit en fronçant les sourcils par moment.

Dr 3 : Alors moi l'année de diagnostic du diabète des fois je l'ai pas.

Dr 4 : Moi non plus.

Dr 3 : Donc est-ce qu'on peut pas noter « supérieur à 10 ans ou inférieur à 10 ans » ? Et puis mettre si c'est inférieur à 10 ans. Moi ça fait 16 ans que je suis là. Donc je pourrais pas remonter au-delà des 16 ans (rire) forcément mais voilà. Et puis en plus j'avais pas d'informatique avant donc c'est vrai que des fois ça (souple), ça m'enquiquine un peu par rapport à ça.

Dr Böhme : D'accord donc mettre la possibilité d'avoir des tranches d'années ?

Dr 3 : Ou alors oui des tranches d'années ce serait peut-être mieux.

Dr Böhme : Je rebondis sur les 10 ans. C'est un argument fort pour la prise en charge (y compris thérapeutique) .en tout cas dans les recommandations anglo-saxonnes : la tranche des 10 ans entre un diabétique qui a moins de 10 ans de diabète (voire moins de 5 ans) on n'a pas du tout la même approche du risque cardio-vasculaire, par exemple, qu'un diabétique de type de 2 qui a plus de 20 ans de diabète. D'accord.

Dr 3 : Après, moi je crois que ça m'est déjà arrivé de noter sans préciser l'année.

Dr Böhme : D'accord donc là on est sur la première ligne, mais sur la forme et la densité des questions posées ? Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de la remplir complètement ?

Dr 4 : Non (sourire).

Dr Böhme : D'être ultra exhaustif ?

Dr 2 et 5 : Non.

Dr 4 : Il manque toujours quelque chose.

Dr 3 : Des fois il manque des choses mais c'est bien, comme ça si on a oublié ben on se dit « Tiens ? On va peut-être faire l'examen ? » (rire)

Dr 1 : Moi j'essaie toujours de la remplir parce que ..Et en même temps ça me permet de mettre un petit peu de l'ordre dans mon dossier médical informatique.

Dr Böhme : D'accord.

Dr 1 : La chose qui me gêne c'est un bilan annuel diabète, un bilan annuel néphro, un bilan annuel cardio... Et ça, quelque part, c'est qu'on est en situation de saturation donc quelque part, il va falloir peut être se dire un jour on va faire une fiche commune générique et qui peut s'adresser à toutes les pathologies à tous les réseaux. Ça c'est la première chose. La 2ème chose c'est j'aimerais bien aussi ...si tu veux dossier papier moi j'ai plus de papier au cabinet, donc...

Dr 3 : Voilà je suis d'accord.

Dr 1 : Scanner ça et mettre en format PDF, j'arriverai pas à exploiter.

Dr 2 : C'est dégueulasse.

Dr 1 : J'aimerais un formulaire sur ma machine (sur mon logiciel métier électronique) avec tout ce qui est administratif se remplit automatique et les parties que j'ai déjà renseignées dans les antécédents se remplit automatiquement aussi, c'est-à-dire que si dans les antécédents, j'ai mis rétinopathie voilà clac « rétinopathie » ça sort.

Dr Böhme : D'une année sur l'autre ?

Dr 1 : Oui voilà d'une année sur l'autre. Et là ensuite, si tu veux, quand tu me demanderas le bilan : j'appuis sur la touche, le bilan il sort ça me coûte rien en temps. Et je peux te l'envoyer à toi et je peux l'envoyer à X personnes voilà. Travaille là-dessus sur ces formulaires là.

Dr 3 : Parce que c'est vrai qu'au niveau pathologies cardio-vasculaires là. Quand c'est des renouvellements, il faudrait marquer pour le renouvellement quoi. Par rapport au premier si y'a rien de plus on le remplit pas, ça nous fait toujours gagner du temps.

Dr Böhme : Du temps

Dr 3 : Parce que là c'est vrai que de le reremplir effectivement. Alors du coup, on va rechercher dans le dossier.

Dr 4 : On reprend l'ancien.

Dr 2 : Oui mais faut le retrouver !

Dr 3 : Ouais.

Dr 4 : Moi je reprends l'ancienne feuille et puis toc toc toc.

Dr 1 : Oui mais moi les feuilles là, moi j'ai pas de papier, je fous tout en l'air.

Dr 3 : Oui mais tu le scannes après?

Dr 1 : Oui je les scanne mais le problème du scan d'accord je retrouve mais je n'exploite pas. Et ça, ça me gêne.

Dr 3 : Oui c'est plus long quoi il faut aller revoir.

Dr 1 : Si j'ai répondu à la question microalbuminurie : oui et donc c'est pour ça je dis.. J'en profite pour mettre à jour mon logiciel parce que je sais qu'après j'ai fait le boulot pour rien si je numérise pas. Je le fais pour rien voilà donc je le mets à jour tout de suite. Mais j'aimerais un jour ne pas avoir à tchac tchac.... Après c'est de mettre tout le monde d'accord, c'est-à-dire que dans l'insuffisance cardiaque, les cardio veulent les fractions d'éjection, le diamètre télé diastolique, VG etc. Donc il faut qu'ils fassent un effort pour dire que c'est pas des données de médecins généralistes, que vous pouvez aller repêcher ça sur des courriers cardio.

Dr 2 : En plus c'est eux qui les ont les courriers

Dr 1 : Qui, l'alar ?

Dr 2 : Ouais, non mais je veux dire ils les ont normalement les courriers !

Dr 1 : Non les réseaux justement ils les ont pas. Il faudrait qu'ils les obtiennent mais via une sécurisation.

Dr 2. Ça existe plus l'alar, c'est fini.

Dr 1 : Pas encore au 31/12.

Dr 3 : Moi je pense qu'il faudrait demander quelles sont les données nouvelles depuis la dernière année. Ça ferait, je pense, nettement gagner du temps.

Dr Böhme : Enfin moi je vais juste retourner la question : si on se concentre sur le diabète quel serait pour vous le minimum d'information utile au suivi du patient diabétique ?

Silence quelques secondes

Dr 1 : De là-dedans ?(en désignant la feuille de BA)

Dr Böhme : Là-dedans peut être qu'il manque des choses, le minimum ?

Dr 4 : Le minimum : poids taille, l' hba1c, la fonction du rein.

Dr 3 : Le traitement ? Quand même je pense.

Dr Böhme : Le traitement : dans le détail ou dans les catégories ? Parce que ...

Dr 4 : Dans les catégories.

Dr 2 : Oui mais le problème est quand le traitement il change dans l'année.

Dr Böhme Oui.

Dr 2 : Quand tu rajoutes quelque chose dans l'année.

Dr Böhme : Oui ça ressort pas ?

Dr 2 : Non mais ce qui ressort pas là-dedans, c'est l'évolutivité depuis la fois d'avant. Parce que si on a noté par ex y'a des paresthésies oui, mais si l'année d'avant il était à 10 g d'hémoglobine glyquée et qu'il avait des paresthésies et si on le repasse à 7, il peut ne plus y en avoir.

Dr Böhme : Ou elles peuvent s'aggraver parfois, ce qui est paradoxal.

Dr 2 : Ou elles peuvent ...

Dr Böhme : Elles peuvent évoluer en fonction de l'équilibre glycémique effectivement. Alors je relance la question : quel serait d'après vous le minimum d'information médicale et biologique qu'aurait besoin éventuellement une équipe voire même un seul éducateur thérapeutique ou une équipe d'éducation thérapeutique ?

Dr 3 : Ben je pense que dans le premier bilan, c'est important d'avoir quand même une liste assez exhaustive. On est quand même obligé mais après, effectivement, dans le renouvellement (ce que je disais tout à l'heure) c'est de ne marquer que les modifications . Et puis bon y'a quand même effectivement l'hémoglobine glyquée, peut être le poids ...

Dr 5 : Le poids

Dr 3 ...: Et le traitement (voir la variation). Mais après pour le reste la liste exhaustive du départ c'est de ne marquer que les modifications hein si le patient a eu une nouvelle chose ou quoi. Mais sinon après c'est peut-être pas nécessaire, vous ça vous changera pas. Ça changera que s'il y a une évolutivité au niveau de sa clinique quoi en fait , au niveau, de ses plaque d'athéromes ou je ne sais quoi. Le rein, l'hémoglobine glyquée : je crois que c'est très important toujours et puis le traitement..

Dr 1 : Je crois que tout est important. Faut te simplifier le boulot.

Dr 3 : Oui non mais après là c'est important au début mais après c'est l'évolutivité.

Dr 1 : Faut te simplifier le boulot. Alors de dire je fais une première fois une fiche après, au réseau de me renvoyer ma fiche pour les éventuelles modifications.

Dr 2 : Ouais.

Dr 3 : Ah peut être ouais .

Dr 1 :C'est une solution.

Dr 2 : Oui c'est une solution.

Dr 1 : Juste moi, y'a le truc « risque podologue grade ». Quand tu sais que le podologue te le quantifie pas et que tu me demandes à moi d'aller quantifier le risque podo alors tu vois ça me... Les podo en ville ils le font pas !

Dr 3 : Ils nous demandent de le quantifier mais ils demandent aux patients de le quantifier pour qu'ils se fassent rembourser. Donc on est obligé de faire quelque chose.

Dr 1 : Ils sont tous en grade 2 !(rire)

Dr 3 :Ils sont tous en grade 2 même quand ils ont pas de paresthésies. Ils sont tous en grade 2 (en riant).

Dr 2 acquiesce et rit.

Dr Böhme : Ça c'est un gros problème cette convention podologue...

Dr 3 (s'adressant à moi) Faut pas le dire à la caisse, il faudra censurer (en riant)

Dr 5 :Non non je crois qu'il faut le dire.

Dr Böhme : Oui. Il faut le dire. Y'a éventuellement un problème au niveau de la prise en charge du risque podologique chez le patient diabétique alors..

Dr 5 Et en particulier (j'ouvre une parenthèse) pour les patients pour qui ça n'est pas toujours simple d'aller chez le podologue et si le podologue se déplace, il est hors de question qu'il y ait une prise en charge par la CPAM. Le déplacement, c'est hors course.

Dr 1 : Ah ben oui.

Dr Böhme : Oui en théorie oui.

Dr 5 : En théorie et en pratique aussi. Parce que y'a eu un rappel aux bonnes mœurs dans une structure où j'interviens.

Dr Böhme : Oui d'accord.

Dr 5 : Et on a dit non. Non là, pas de remboursement de la podologie. Et y'a quelqu'un qui est branché sur le réseau avec vous ?

Dr Böhme : Me Carst ?

Dr 5 : Oui c'est ça. Et qui a dit « on va pas se déplacer pour 2 francs 6 sous » parce que la caisse donnait généreusement 2 euros je sais plus ou 3 euros pour les déplacements. Ça pouvait se négocier.

Dr Böhme : Bon ce qu'on sait c'est que effectivement ...

Dr 5 : J'ouvrais une parenthèse pour que...

Dr Böhme : Oui oui non mais ça fait partie de toute façon de la surveillance alors, pour le coup ; qui doit être, à mon avis tracé sur la gradation du pied diabétique. Ça fait quand même partie de l'évaluation annuel du patient diabétique. C'est dans les recommandations HAS : faut bien examiner le monofilament, les pous, la trophicité etc. Donc d'un point de vue de l'expertise diabétologique, c'est vrai que ça devrait faire partie du bilan annuel. Après c'est la gradation qui ...

Dr 5 soupire.

Dr 1 : Oui ça doit faire partie du bilan annuel et il faut pas oublier de faire la cotation C ALD . On y a droit, une consultation majorée donc faut pas hésiter non plus. Donc ça c'est aussi quelque chose qui est complètement sous utilisé...

Dr 3 soupire et Dr 4 prend une mimique exprimant son manque d'enthousiasme.

Dr 3 : Enfin bon là après quand le bilan annuel est renvoyé on a quand même quelque chose en plus.

Dr Böhme : Oui. En même temps vous pouvez coter le C ALD et on donne quelque chose en plus.

Dr 3 : C'est combien le C ALD ?

Dr 2 : 26

Dr 1 : +3

Sourire Dr 4

Dr 1 : Oui. Non mais après y'a pas que ça. Un insuffisant cardiaque qui sort de l'hôpital, que tu vois dans les 2 mois, c'est 56 euros la visite est ce que tu cotes ?

Dr 4 : Non.

Dr 3 : On est trop gentils (rire).

Dr 1 : Non on cote pas donc pas on fait gagner de l'argent à la sécu .

Dr 4 : Ça fait un peu usine à gaz, tel truc tel C, tel truc tel C...

Dr 1 : Oui mais ça va être bien pire !

Dr 5 : Les allemands ont bien compris, les allemands, même le coup de téléphone (et c'est logique) c'est facturé.

Dr 1 : Je vais te dire une chose. J'en ai marre qu'on donne 23 euros pour un mec qui prescrit une pilule comme ça c'est même pas une prise de tension ; et 23 euros pour le mec qui te prends le patient insuffisant cardiaque, diabétique, insuffisant rénal et qui va te passer ½ heure dessus.

Dr 3 : Enfin normalement, prescription de pilule il faut quand même un petit peu...

Dr 2 : Non mais il dit pilule pour les ..

Dr 1 : Pour la rhinite, tu médicalises à mort. Ne me dis pas que c'est pas du classique chez nous. Faut pas se voiler la face non plus !

Dr 2 : Pour la conjonctivite.

Dr 3 : J'examine (rire).

Dr 1 : Donc la dessus c'est sûr qu'on va arriver à des différenciations de plus en plus importantes avec du contenu de la durée etc et voilà Donc ce sera compliqué mais faudra savoir l'utiliser.

Dr Böhme : Avec des outils.

Dr 1 : Avec des outils.

Dr 3 : Mais cet outil-là par internet et informatique ça serait le pied.

Dr Böhme : Oui mais on y travaille.

Dr 3 : Ce serait vraiment très bien. En quel format alors ?

Dr 1 : Après le format, ils travaillent sur des bases de données..

Dr 3 : Enfin quelque chose de facile à ouvrir ?

Dr Böhme : Voilà quelque chose de facile. Moi je prends là du coup la casquette de l'éducation thérapeutique. Pour que l'éducation thérapeutique soit bien fait dans le cadre d'un bon suivi diabétique alors est-ce qu'il y a besoin de tous ces critères-là ?

Dr 3 : Ben une fois, la première fois déjà.

Dr 1 : Faut une base.

Dr 2 : Et encore, pour l'éducation thérapeutique...

Dr Böhme : Et dans le suivi ?

Dr 3 : Ben si c'est modifié.

Dr Böhme : Si c'est modifié ? Y'a quand même des choses qui se modifient..

Dr 3 : Hormis je parle l'hémoglobine glyquée et la fonction rénale. Enfin moi la clairance, la micro albuminurie et l'hémoglobine glyquée , je pense que c'est indispensable de l'avoir une fois par an. Après ophtalmo : la rétinopathie on l'aura pas une fois par an. Les ophtalmo ne peuvent pas voir les patients tous les ans. C'est pas possible. Donc déjà on l'aura tous les 18 mois, tous les 2 ans. Moi je ne demanderai jamais un rendez-vous en urgence pour un contrôle diabète chez l'ophtalmo. Si le patient il me demande, je lui dis vous prenez votre rendez-vous et vous attendez votre tour quoi. Maintenant s'il y a une modification..

Dr 2 : Vous les prenez pour les 5 ans à venir.

Dr 1 : Voilà je leurs dis : moi je ne vous prendrais jamais un rdv en urgence parce qu'après, quand j'ai besoin d'une urgence ophtalmo, il me la donne plus. Donc c'est à eux d'assumer aussi les patients. Mais le problème, c'est qu'ils veulent tout tout de suite. Donc voilà donc de toute façon, ils ont pas leur contrôle ophtalmo tous les ans c'est sûr.

Dr 4 acquiesce.

Remise fiche de bilan annuel simplifiée aux médecins.

Dr Böhme : Alors on a toiletté un petit peu.

Dr 3 : C'est le nouveau ?

Dr Böhme : Celui-là c'est le nouveau.

Dr 3 : Il est plus clair déjà (sourire)

Dr Böhme : Avant (si par bonheur on arrive à informatiser l'ETP en réseau), dans la cadre de votre activité, effectivement le but c'est de faire coller un minimum d'information biomédicales aussi, annualisée, qui serait, au passage, aussi utile aux éducateurs thérapeutique eux-mêmes. Parce que une infirmière qui va prendre en charge en individuel un patient, il faut aussi qu'elle sache un minimum de choses sur l'historique du diabète. C'est aussi dans ce sens-là : ça sert à tout le monde cette évaluation annuelle. Donc on a essayé de toiletter voilà on voulait votre avis, on a enlevé pas mal de choses. Mais bon je vous laisse la regarder.

Dr 3 : Alors juste déjà rien que la pression artérielle, je pense que ça, vous pouvez l'enlever puisque maintenant il est quand même dit que les patients doivent contrôler leur tension à domicile. Enfin moi je la contrôle quand ils viennent au cabinet mais c'est pas la tension véritable quoi.

Dr Böhme : D'accord

Dr 3 : Donc à la limite marquez HTA traitée oui/non et puis voilà on sait s'il a une HTA ou pas.

Dr Böhme : Ne pas mettre les valeurs en fait.

Dr 3 : Après on s'en fout de savoir qu'il ait 120/80 ou qu'il ait 130/80 à ce moment-là.

Dr 2 : Moi je suis pas sûr parce que y'a des gens on y arrive et puis, y'a des gens...Je veux dire ils sont...Moi j'ai des gens qui sont..(quand même pas beaucoup) mais j'en ai plusieurs qui sont pas dans les normes et on y arrive pas.

Dr 3 :Oui mais dans ces cas-là il sera HTA traitée :oui.

Dr 5 et B : Traitée mais non équilibrée.

Dr 3 : Alors voilà , après voilà ,on peut mettre équilibrée/non équilibrée peut être.

Dr 5 : Moi je trouve que le chiffre c'est bien.

Dr 3 : Après le chiffre euh (souple). Enfin moi je trouve que quand ils viennent au cabinet...

Dr 5 : Au lieu de mettre systolique/diastolique, ça peut être équilibré/non équilibré mais est-ce que pour Pierre l'équilibré ce sera la même chose que pour Paul ?

Dr 2 :C'est ça.

Dr 3 : Ben après y'a des recommandations.

Dr 5 :Oui.

Dr 3 :C'est 12/8 là.

Dr C'est en dessous de13/8 pour les diabétiques.

Dr Böhme : C'est en dessous de 13/8.

Dr 3 : En dessous de 13/8 ? Ben voilà et ben peut être marquer pour le diabétique quoi donc à 13/8 et on pourrait préciser les valeurs ?

Dr 5 : Equilibrée/pas équilibrée 13/8.

Dr Böhme : En dessous , on met l'objectif recommandé par exemple.

Dr 3 : D'accord, en précisant l'objectif recommandé.

Dr Böhme : Autres choses ? Est-ce qu'il y a encore des choses superflues, des choses qui manquent ?

Dr 4 : Accident cardio-vasculaire précoce chez un patient du 1^{er} degré ?

Dr 5 :Non non c'est chez, c'est chez un ...Parent (en insistant sur le mot « parent ») du 1^{er} degré

Dr 4 : Un parent.

Dr 5 : C'est un parent du 1^e degré.

Dr Böhme : Oui ah ben effectivement y'a une faute c'est un parent du 1^{er} degré bon déjà y'a une faute, y'a une coquille.

Dr 4 : Souvent ils ne le savent pas ...

Dr 5 : « Il a fait une attaque mais on sait pas si c'est une hémiparésie ou un infarctus ». Ça c'est un classique.

Dr 2 : « Il est mort du cœur. »

Dr 5 : « Il est mort du cœur oui. »

Dr Böhme : Ça c'est effectivement pour l'évaluation du risque cardio-vasculaire. C'est les facteurs de risque classiques.

Dr 5 : Oui.

Dr 1 : Moi j'aime bien tes indicateurs de suivi annuel. Alors je voudrais savoir si tu t'es inspiré des ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) qu'on a rempli cette année pour la première fois. Et on retrouve tout. Ils sont tous sauf le dentaire .

Dr 2 : Oui.

Dr 1 : Et donc si tu veux , là aussi, on va avoir dans le logiciel métier (pour tel patient). C'est quelque chose qui sortira automatiquement. Chaque année au mois de mars qu'on pourra sortir. Hellodoc l'a déjà hein toi t'es hellodoc ? (S'adressant au Dr 3). Donc là, si tu veux, on a une information qui est déjà.. Ben on appuie sur une touche et on te balance toute l'info et l'info telle qu'elle est vraiment.

Dr 3 : Oui mais faut que tu le remplisses hein ton info !

Dr 1 : Ben ton hémoglobine glyquée elle arrive en hprim 2 ?

Dr 3 : Ah ben oui.

Dr 1 : J'espère bien.

Dr 3 : Ben moi je la rentre dans l'observation. Après on est obligé de la remplir.

Dr 1 : Ton hba1c elle est dans ta biologie en hprim 2 ? Ah ben oui parce que si elle est pas en hprim 2, tu travailles avec du texte et là t'es encore dans la préhistoire !

Dr 3 : Ben moi j'ai hellodoc mail mais bon après, ça arrive dans les résultats biologiques.

Dr 1 Normalement ça bascule. Ton logiciel (si je fais une requête) va me chercher les hémoglobines glyquées. Si la dernière était supérieure à 8. 5

Dr 3 :T'as ça ?

Dr 1 : Comment t'as rempli tes rosp alors, cette année ? T'as fait tout ça à la main ?

Dr 3 : J'ai fait ça ...au pif (rire)

Dr Böhme : D'autres commentaires ?

Dr 2 (à Dr 1) : Moi je suis d'accord avec toi mais le problème c'est déjà hyper compliqué. Y'a plusieurs logiciels et je sais pas comment eux ils arriveront à....

Dr 1 : A passer entre les gouttes ?

Dr 2 (à Dr Böhme) Comment vous arriverez à être compatible avec tout le monde, c'est ça que je veux dire.

Dr Böhme : Oui alors ça on n'a pas de réponses là évidemment .

Dr 1 : C'est tout neuf c'est de cette année.

Dr Böhme : Donc comme quoi y'a une certaine cohérence aussi pour ..

Dr 1 : Bien sûr.

Dr 3 : Mais, par contre, en aucun cas on demande si l'hémoglobine glyquée est inférieure à ...Enfin bon, je sais que les objectifs sont maintenant différents en fonction des âges, mais y'a pas euh il faudrait peut-être le donner...Ah oui il est là d'accord j'ai rien dit.

Dr Böhme : Oui là pour le coup y'a les valeurs .

Dr 3 : Parce que c'est important quand même de savoir ?

Dr Böhme : Oui oui

Dr 3 : Même si au niveau de la caisse ils veulent que ce soit inférieur à (je sais plus) 7 ? Et que maintenant c'est en fonction de l'âge enfin c'est ça on a changé dans les recommandations ?

Dr 2 semble très intéressé par cette question et dirige son regard vers le Dr Böhme.

Dr Böhme : Alors il y a les recommandations HAS 2013. Effectivement c'est en fonction de l'âge, du risque hypoglycémique, du taux initial de l'hémoglobine glyquée et de son éloignement par rapport à l'objectif. Il y a les recommandations anglo-saxonnes aussi qui sont pas si mal que ça avec où on pointe le 7 ou le 8 si le patient est un petit peu trop âgé. Bon effectivement y'a plusieurs niveaux d'objectifs ce qui d'ailleurs perturbe un petite peu le message et perturbe la stratégie éventuellement..

Dr 3 : Après c'est de la logique aussi non les objectifs ? Enfin bon je sais pas. Un papy de 90 ans je vais pas lui demander d'être en dessous de 7 d'hémoglobine glyquée quoi. Faut peut-être pas exagérer non plus.

Dr Böhme : On est bien d'accord.

Dr 5 : Oui.

Dr Böhme : Mais après s'il y a 4 ou 5 niveaux d'objectifs différents c'est vrai que ça peut être un peu plus confus et compliqué.

Dr 3 : Faut faire comme les vaccinations : 25 /45/65/75 ans et puis mettre des .. (rire)

Dr Böhme : Est-ce que l'âge est le seul facteur dont il faut tenir compte?

Dr 2 : Non y'a l'âge physiologique aussi.

Dr Böhme : Ya l'a durée d'évolution du diabète, y'a le pronostic de vie.

Dr 2 : L'espérance ?

Dr Böhme : L'espérance de vie sans complication.

Dr 2 :C'est ce qu'on dit l'âge physiologique.

Dr 3 : Ça c'est l'âge physiologique. Je suis d'accord.

Dr Böhme :Tout à fait.

Dr 3 :Puis une mamie qui est en maison de retraite semi-grabataire, on va pas avoir les mêmes objectifs que la mamie super tonique qui prend sa voiture parce que c'est vrai on en voit.

Dr 3 :Oui oui mais non mais c'est bien y'a le. Et puis après c'est vous qui faites le point en fait, l'équipe d'ETP par rapport à ça et puis par rapport au patient que vous avez en face de vous . De toute façon, vous, la mamie grabataire vous la verrez pas en ETP, on vous l'enverra pas, y'a pas de problème.

Dr Böhme : Non. Et la stratégie et l'objectif thérapeutique c'est bien le médecin qui le fixe. C'est pas forcément utile ici dans le contexte de l'éducation thérapeutique, bien qu'on en parle quand même, bien que les infirmières, dans leurs ateliers, évoquent la notion d'objectif thérapeutique. Ce qui permet aussi au moment où il y a le retour dans le cabinet de médecine, de pouvoir échanger avec des termes communs.

Dr Böhme : D'autres remarques sur cette fiche là ?

Dr 3 : Non c'est bien.

Dr 2 : Moi y'a une autre chose. Je sais pas comment la rentrer : y'a quelque chose chez le diabétique, je veux dire on tourne autour du pot aussi mais c'est l'observance.

Dr Böhme : Eh oui

Dr 2 : Et là-dedans y'a pas...

Dr Böhme : On peut pas la...

Dr 5 :C'est difficile à quantifier quand même ...

Dr 3 : C'est difficile oui.

Dr 2 : Non mais je suis entièrement d'accord avec toi, c'est très difficile à quantifier. Mais le gros problème de nos patients (s'ils étaient observants, les règles hygiéno-diététiques) il y a même plus besoin de faire de l'ETP derrière, ils devraient plus être diabétiques.

Dr 5 : Pas tout à fait.

Dr Böhme : Pas tout à fait mais ...

Dr 2 : Je parle en théorie. Après je veux dire ça devrait pas trop s'aggraver. Donc l'aggravation n'est que.. donc la plupart sont quand même pas très observants.

Dr Böhme : Alors je rebondis parce que, sur l'ancienne fiche, il y a une case en bas qui s'appelle, une grande case qui s'appelle «risque prioritaire » et il y a dans la 2^{ème} colonne « Difficulté d'adhésion au traitement » ...

Dr 5 : Oui

Dr Böhme :Qui avait été à l'époque pensé comme ça pour que le médecin prévienne l'équipe d'éducation qu'il y a effectivement des difficultés d'adhésion au traitement, qu'il faut peut-être insister ou renforcer les activités éducatives dans le domaine de l'observance du médicament etc.

Dr 3 : Ben peut être que dans les antidiabétiques oraux, il faut peut-être quand même préciser. C'était pas mal quand même de savoir ça ce qu'on avait comme...

Dr Böhme : Les classes thérapeutiques oui.

Dr 3 :Pour savoir combien il en a. Parce que c'est sûr que moi je sais pas mais le gars qui a 50 ans, qui a 3 antidiabétiques oraux et qui a une hémoglobine glyquée à 8.5, c'est peut-être par ce qu'il est pas observant quoi peut être ?

Dr 2 : Ou que peut-être parce que c'est très grave ?

Dr 3 : Oui peut-être aussi mais bon voilà ça peut peut-être....

Moi : Ou alors peut être aussi vous vous avez un ressenti de mauvaise observance ? Peut-être le préciser enfin, qu'on mette quelque chose ?

Dr 5:Oui je pense que ça peut peut-être être ajouté sur....

Dr Böhme : Sur la nouvelle .

Dr 5 : Avec un langage diplomatique.

Dr 3 :Oui voilà.

Dr 5 :. Régulièrement le patient va voir la feuille jaune.

Dr 2 : Oui.

Dr 3 :Et je pense que pour vous, ça peut être plus intéressant de connaître le traitement de façon un peu plus complète que simplement antidiabétique oraux. A mon avis mais bon j'en sais rien ce que vous en pensez. Non ?

Moi : C'est surtout que j'ai l'impression que vous vous êtes les médecins les plus impliqués et je suis pas sûre que tout le monde va le faire..

Dr 3 : Après c'est pas compliqué à remplir ce qu'ils ont comme traitement quoi enfin bon?

Dr 2 : C'est jamais , y'a rien de compliqué.

Dr 1 : Moi y'a un truc, j'ai toujours prôné ça. Alors j'ai beaucoup de médecins qui sont contre mais je vais quand même l'exposer. Tu vois, les résultats biologiques, il est possible que si je donne mon accord, mes biologies partent directement à la MDN pour tel patient via apicrypt. Ca pose aucun problème d'accord ? Et t'aurais toute la biologie pendant toute l'année donc tu saurais si elle 4 glyquée...

Dr 3 : Ouais non mais alors ça implique qu'il faut un médecin qui gère la biologie de patients !

Dr Böhme : Effectivement là on parle déjà d'une coordination, d'un appui ou d'une aide à la coordination en plus de ce que fait déjà le médecin traitant.

Dr 1 : Oui tout à fait.

Dr 3 : Le problème qu'il y a c'est : est-ce que les médecins sont prêts à partager l' info ?

Dr Böhme : Oui.

Dr 1 : Je sais pas pour vous quel est le sentiment ?

Dr 5 : J'ai pas de soucis : quand j'envoie à un confrère spécialiste. Donc pour la MDN c'est la même chose.

Dr 2 acquiesce.

Dr 3 Il faut que le patient soit d'accord aussi.

Dr 5 : Mais, encore une fois, on n'est ici peut être pas du tout représentatif.

Dr 2 On n'est pas représentatifs ce soir.

Dr 3 : Je les motiverai mes collègues.

Dr 1 : Parce qu' à terme on peut aller plus loin. On peut dire que, si je reçois un courrier du diabéto libéral là aussi si j'ai l'accord (et je sais qu'il est inscrit à la MDN ce patient). Ça part aussi en doublon donc et si tu veux c'est tout ça de paperasse que tu as en moins à faire et tu as une coordination qui devient

Dr 3 : Alors juste je te coupe alors par rapport à la diabéto par exemple, quand ils font leur bilan alors dans ces cas-là, ils font l'inverse aussi. Parce que, quand ils sont en bilan en diabéto et puis qu'on a les courriers 2 mois après par exemple, qu'on n'a pas le bilan tout de suite. ... Ça arrive quand même ! (rire)

Dr 1 : Oui faut le dire.

Dr 3 : Ca va pas non plus quoi. Non mais bon après c'est vrai. Enfin moi ça m'est déjà arrivé de faire des doublons avec la diabéto parce que j'ai pas le courrier j'ai pas le bilan. Le patient il m'a pas dit qu'il a eu un bilan ou il m'a pas dit qu'il allait en diabéto et j'ai le courrier 2-3 mois après enfin voilà.

Dr 4 : Un courrier papier d'ailleurs.

Dr 3 : Un courrier papier. C'est vrai enfin moi je les scanne.

Dr 4 : Alors qu'on pourrait l'avoir par informatique. Il faut le faire partir via apicrypt .

Dr Böhme : C'est vraiment en train de changer tout ça. On est comme vous, on a maintenant (alors c'est pas hellodoc c'est un autre système mais bon) ça y est l'informatique arrive. On est un des service pilote donc c'est pas si simple

Dr 3 : En réa aussi ils nous envoient aussi des courriers par apicrypt.

Dr Böhme : Evidemment ça va prendre 6 mois pour que tout le monde adhère.

Dr 5 : De temps en temps on a des courriers de dermato qui arrivent par apicrypt.

Dr 3 : Non mais voilà donc la biologie effectivement si c'est dans un sens ce serait peut-être pas mal de l'avoir dans l'autre sens aussi. Enfin moi je parle ça m'intéresserait bien quoi.

Dr 3 : Ben et puis d'échange d'informations rapide surtout.

Dr Böhme : Oui

Dr 3 : Parce que je suis peut être très lente à répondre au bilan annuel amis bon (rire).

Dr Böhme : Ici y'a pas du tout de délai, enfin dans le cadre de la MDN que ce soit Nancy , enfin y'a aucune exigence de délai ça c'est ... alors comme on a balayé pas mal le diabète on vous propose... Ca n'existait pas jusque-là et pourtant le programme d'éducation thérapeutique qui est proposé ici concerne également l'obésité sans diabète (ou encore pas diabétique). Donc on propose également une fiche pour l'obésité, ça manquait un petit peu après voilà ça reste à construire avec un 1^{er} jet qu'on vous fait là .

DISTRIBUTION FICHE DE BILAN OBESITE

Dr Böhme : Evidemment c'est plus « léger » mais c'est peut-être encore trop lourd ? On n'est plus dans une ALD éventuellement sauf si le patient obèse a une autre pathologie d'ALD.

Dr 3 : L'apnée du sommeil. Moi je la recherche pas à titre systématique parce que sinon, on en trouverait à mon avis 2 fois sur 3. Je suis pas trop pour la rechercher chez tous les patients obèses. Maintenant c'est mon avis perso. C'est pas fondé.

Dr 4 : Poids à 18-20 ans...

Dr 5 Je pose souvent la question moi de la taille et du poids à 18-20 ans effectivement.

Dr 2 : Oui. Quand vous étiez jeune fille.

Dr 5 : Oui.

Dr 3 : Normalement on est censé leur demander quand ils sont plus jeunes ? Moi je leur demande des fois.

Dr 4 ne semble pas approuver (fait une « mou »).

Dr 2 : Moi je leur demande.

Dr 5 Je leur demande en particulier dans les expertises mais faudrait que je prenne plus l'habitude dans mon activité libérale.

Dr 3: Moi je donne l'exemple avant le premier enfant quoi chez la femme mais enfin 18-20 ans c'est peut-être un peu..... Ils s'en rappellent peut-être pas trop mais, par contre, moi je leur demande voilà avant d'avoir eu leur premier enfant ou quand ils étaient jeune mariés pour les hommes.

Dr 2 : 18-20 ans c'est un peu...

Dr Böhme ; Oui effectivement c'est..

Dr 3 : Jeune adulte.

Dr 5 ; C'est une référence sur l'adolescence quoi.

Dr Böhme : C'est ce qu'on utilise au CHU parce que voilà c'est juste à la fin de l'adolescence donc c'est censé être un des poids de référence du jeune adulte mais ..

Dr 2 : Y'a plus de service militaire donc ils savent pas maintenant.

Dr Böhme Y'a plus de service militaire. Oui c'est vrai. Enfin y'a l'appel je sais pas quoi là.

Dr 5 : Les 3 jours

Dr Böhme : Les 3 jours enfin une journée

Dr 5 : Enfin je ne sais pas si...Y'a pas de médicalisation, y'a rien du tout ?

Dr 2 : Non non y'a rien.

Dr 5: Y'a uniquement des infos ?

Dr Böhme : Ouais je crois qu'il y a du déclaratif sur le poids quand même. Non ?

Moi : Enfin moi quand je l'avais faite je me souviens pas avoir déclaré ça.

Dr 3: Aux filles on ne demande pas le poids (rire)

Dr 3: Et vous l'apnée du sommeil vous en pensez quoi chez les obèses ? Vous faites la recherche systématique ou pas ?

Dr 1 : Ca dépend.

Dr 2 : Un jour ou l'autre elle se fait.

DR 3: Moi je trouve qu'elle se fait un peu trop par excès mais bon... Enfin, à mon avis, de toute façon c'est sûr que...

Dr 5 Un obèse est souvent fatigué et il va être somnolent..

Dr 4: De toute façon les gens le demandent. Ils sont civilisés, ils ont lu, ils ont entendu.

Dr 1 :Tu veux dire qu'il y en a qui rentabilisent leur affaire, c'est ça ?

Dr 3 : Peut-être. J'ai pas dit ça du tout et je le pensais même pas (rire)

Dr 1 : Si. Moi je te le dis. (rire)

Dr 3: Mais peut-être.

Dr 2 Y'a des créneaux qui se sont créés.

Dr 1: Bien sûr c'est juteux.

Dr 3 : Dans toutes les spécialités maintenant. Vous en faites pas en endocrino encore ?

Dr Böhme: Si. On en fait c'est vrai mais on a très peu d'actes par ailleurs.

Dr 3 : D'accord ouais mais c'est en milieu hospitalier donc on dira rien. Mais si vous faites ça en milieu libéral....(rire)

Dr Böhme: Ah ben je pense que ça se fait déjà!

Dr 3 : Pour les endocrino? Non j'ai pas...Y'a pas d'endocrino qui font de recherche d'apnée du sommeil. Y'a ORL, cardio.

Dr 2 et R : Et pneumo.

DR 3 : Ben pneumo ça me semble logique après.

Dr 1 :Tout le monde veut en faire.

Dr 3 : ORL et cardio aussi.

Dr 5 : Les ORL sont équipés pour ?

Dr 3 : Ben n'importe qui peut être équipé.

Dr 2 :Non mais ils sont pas équipés les ORL, c'est que les pneumos qui font ça.

Dr 3 :Qui font les recherches d'apnées du sommeil ? Non y'a les ORL, les cardio et les pneumo.

Dr 2 :Qui ont les appareils ?

Dr 3 :Ah oui !

Dr 5 : Mais c'est à Pont à Mousson ça ?

Dr 3 : Non c'est à Nancy !

Dr 5 : A Nancy y'a des ORL qui font ça. ?

Dr 3 : Oui je t'assure c'est à Nancy.

Dr 5 : Ah bon je l'ignorais.

Dr 2: Moi j'en connais pas d'ORL.

Dr 3: Ah oui oui. Après, ils le font parce que enfin ils ont raison. Au moins, on a moins de délai parce que si c'est que chez les pneumo y'a 3 mois de délai. Alors la recherche d'apnée du sommeil pour l'obèse, c'est pas évident.

Dr 2 : Y'a pas d'urgence de toute façon.

Dr 3: Oui comme tout. Mais comme tout, si c'est 3 mois, les gens..

Dr Böhme: Est-ce que c'est quelque chose que vous trouvez pertinent dans une surveillance régulière (peut-être pas annualisée) mais du sujet obèse ?

Dr 5: Je pense que c'est l'occasion de se reposer la question pour ne pas l'oublier je dirais.

Dr 2 : Oui.

Dr 3 Oui mais moi je le ferai pas systématique parce que si...

Dr 5: Poser la question : êtes- vous fatigué ? En 3 questions/ 4 questions, on oriente.

Dr 3: Ouais bon.

Dr Böhme : Donc c'est peut-être pas le plus pertinent, en tout cas pour une surveillance annuelle ?

Dr 3: Non, pour moi mais bon.

Dr 1: Oui non mais là la question qui est posée c'est de savoir s'il est appareillé ou pas appareillé ?

Dr 3: Non. C'est de savoir s'il a de l'apnée.

Dr Böhme: S'il présente des apnées du sommeil.

Dr 1 : Quand tu les interrogés ils en présentent tous. Personne va te faire une échelle d'Hepworth pour remplir le bilan !

Dr 3: On pourrait peut-être faire une petite case «ne sait pas» ? NSP là ?

Dr Böhme: Oui.

Dr 3: Parce que moi j'ai déjà... J'ai un monsieur qui est célibataire, qui était fatigué et tout. Je lui ai posé la question à la recherche d'apnée du sommeil. Et le monsieur il peut pas me dire si il ronfle la nuit. Il peut pas me dire si il fait des apnées. Il peut rien me dire quoi.

Dr 2: C'est un cas particulier ça.

Dr 3 : Mais y'en a ! (rire)

Dr Böhme: Y'a des célibataires de plus en plus.

SILENCE

Dr Böhme: Et sur l'insuffisance respiratoire, sur d'autres ? Est-ce que c'est pertinent ?

Dr 2: Moi je trouve que c'est un petit peu gênant parce que s'ils sont obèses, la plupart du temps, ils ont pas une insuffisance respiratoire mais ils ont une dyspnée parce qu'ils ont du panicule à bouger... C'est pas une vraie insuffisance respiratoire mais c'est une insuffisance respiratoire quand même..

Dr 5 : C'est une gêne fonctionnelle.

Dr Böhme: C'est une gêne au moins fonctionnelle peut être plus. Donc faudrait peut-être plus, si je reformule...

Dr 2 : Ces termes-là. Ils sont gênants. Parce que si on marque «insuffisant respiratoire: oui» et si y'a une importante dyspnée je veux dire ..

Dr 5 : Y'a pas de Pneumolor ? Ça existe pas ?

Dr 3 : A Pont ?

Dr 5: Non non Pneumolor comme y'a Nephrolor, lcalor.

Dr 1:Rirlor pour l'insuffisance respiratoire.

Dr 1:Pareil pour les apnées du sommeil : si on met « oui » ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'elle est traitée ?

Dr Böhme : A la fois soit on est plus précis que ça, soit on va plus sur les symptômes fonctionnels réévalués tous les ans.

Dr 1: Dans ce cas-là tu mets dyspnée NYHA avec les stades.

Dr Böhme: Oui par exemple

Dr 5 et 2 : Oui.

Dr 2 : Plutôt dyspnée qu'insuffisance respiratoire.

Dr 5 : Je pense que la dyspnée NYHA c'est pas mal.

Dr Böhme: D'accord

Dr 1 : Et l'apnée du sommeil : la question importante c'est « est-il appareillé ou pas ? »

Dr 5:S'il est appareillé, il va être mieux.

Dr 1: Oui mais, si il est appareillé, t'es sûr qu'il fait vraiment des apnées du sommeil.

Dr Böhme: Sur les données cliniques simples annualisées je pense qu' l'IMC c'est pertinent.

Dr 3: Oui. Les autres médecins acquiescent.

Dr Böhme: Le tour de taille ?

Dr 3: Oui.

Les autres médecins acquiescent.

Dr Böhme : Les hospitalisations ?

Dr 3 : Oui.

Les autres médecins acquiescent.

Dr 5 : Les hospitalisations pour « quel motifs ». Il faudrait un nombre. Il faudrait peut-être quelque part que ce soit quantifié... l'hospitalisation.

Dr 2 : Oui parce que si il est passé à l'hôpital parce qu'il a été renversé par une voiture ou..

Dr Böhme : Oui un traumatisme.

Dr 5 : Oui « si oui motif » c'est marqué, y'a un petit cadre.

Dr 2 : Je veux dire ça n'a pas d'importance ça.

Dr 5 : Oui on précise un motif mais à mon avis pour « hospitalisation », il faudrait le nombre parce que y'en a qui vont être hospitalisés x fois.

Dr Böhme : On est dans un contexte d'obésité. Y'a pas de diabète encore. Donc on peut supposer que la moyenne d'âge risque d'être un peu plus basse.

Dr 5 : Y'aura moins d'hospitalisation à priori.

Dr 3 : Ben la TA là. La pression artérielle c'est pareil je pense qu'on peut peut-être marquer « HTA traitée oui/non ».

Dr Böhme : Oui effectivement comme l'autre remarque.

Dr 2 : Une question en préambule : ça s'adresse à qui ces bilans obésité ?

Dr 3 : Ben ici !

Dr 2 : Non mais la question est un peu plus insidieuse, ça s'adresse à qui ?

DR 5 : A quel patient ?

Dr Böhme : L'objet ce serait de faire comme pour les diabétiques : à chaque fois qu'il y a un nouveau patient obèse qui bénéficie d'éducation thérapeutique, on propose au médecin traitant...

Dr 2 : On l'appelle obèse à partir de quand ?

Dr Böhme. Ah ben officiellement c'est 30 kg/m².

Dr 3 On peut les mettre avant ? Je crois qu'il y en a qui viennent avant les 30 par contre en IMC ?

Dr 2 : C'est pour ça que je pose la question.

Dr 3 : Y'a des patients qui viennent avec un IMC entre 25 et 30 je crois ?

Dr Böhme : Effectivement un patient qui a 28-29 mais qui a un bidon comme ça (il mime un gros ventre). Effectivement ce serait sans doute pertinent mais enfin dans l'évaluation qu'on a faite sur tous les obèses, ça représente...

Dr 3 : C'est toujours plus de 30 en général ?

Dr Böhme : C'est moins de 5 % mais bon c'est...Oui, effectivement, on va pas refermer la porte et donc y'aurait une possibilité de le marquer.

Dr Böhme : Donc on a ça les hospitalisations, on a dit pour l'hypertension, les autres facteurs de risque, le tabagisme. Bon, je pense qu'il y a une démarche de recherche des facteurs de risque notamment pour le LDL cholestérol qui est à peu près équivalente même si il y a pas de diabète. Le bilan lipidique, la glycémie à jeun est-ce que ...?

DR 2 : Et l'alcoolémie à jeun ?

Dr 5 : Ça c'est dans l'ancienne feuille. Tu avais « buveur excessif ».

Dr Böhme : Oui.

Dr 5 : Alors ça c'est pas..

Dr Böhme : On espère qu'un jour il y aura des activités spécifiques à l'addictologie.

Dr 3 : Mais ils boivent jamais.

Dr 5 : Alimentaire ?

Dr 2 : C'est une addiction de toute façon.

Dr Böhme : Oui mais enfin l'alimentation, c'est un peu plus compliqué.

Dr 2 : C'est un peu la même chose.

Dr Böhme : Certains traits de comportements alimentaires s'approchent de vraies addictions au sucre. Oui effectivement.

Dr Böhme : Et les indicateurs du suivi annuel vous suffisent ? Est-ce que, par exemple, l'électrocardiogramme tous les ans chez un obèse (c'est pas forcément ce qui est officiellement recommandé) Est-ce qu'il faut le laisser ?

Dr 3 et B font « non » de la tête.

Dr 5 : Je ne le mets pas en pratique en ce qui me concerne.

Dr 3 : Moi non plus.

Dr 2 : Pas tous les ans.

Dr 3 : S'il a pas d'autre facteurs de risque, pas tous les ans. Après si il a une hypertension artérielle..

Dr 5 : On va pas le passer à la moulinette tous les ans ! Sinon les cardiologues disjonctent.

Dr 3 Ouais après s'il a une hypertension artérielle on peut.

Dr Böhme : Est-ce qu'on mettrait pas plutôt dans ce cas-là un électrocardiogramme tous les 2-3-4 -5 ans ? Enfin je sais pas.

Dr 5 : Est-ce qu'il y a des recommandations à ce propos ?

Dr Böhme : Pas encore.

Dr 5 Mais l'air du temps c'est quoi ?

Dr Böhme : Ben l'air du temps c'est que le patient obèse, effectivement, est quand même à risque cardio-vasculaire mais c'est tous les 3 ans à 5 ans mais c'est pas officiel.

Dr 2 : Et puis ça dépend de l'âge aussi !

Dr Böhme : Et puis ça dépend de l'âge et de l'association à une hypertension artérielle ou à une dyslipidémie..

Dr 2 : Ca dépend de l'âge c'est pas pareil s'il a 20 ou 50 ans !

Dr 1 : Ouais.

Dr Böhme : Et du coup, les lipides et la glycémie à jeun : est-ce que c'est quelque chose chez l'obèse de 40 ans qui a pas d'autres facteurs de risque. Est-ce que c'est une démarche ?

Dr 3 : Ben une fois mais après, si c'est normal, on va pas lui faire tous les ans hein !

Dr Böhme Alors vous le faites tous les combien ?

Dr 3 : Ben je crois que c'est tous... C'est les 5 ans mais je vais le faire avant, je crois que c'est 5 ans non ? Si c'est normal, c'est combien de temps ?

Dr 5 : Si c'est normal c'est 5 ans je crois.

Dr Böhme : Pour la glycémie ?

Dr 5 : Oui. Moi j'ai une tendance à avoir la glycémie capillaire facile.

Dr 2 : C'est pas 3 ans ?

Dr 3 : Non. Il me semble que c'est 5 ans mais bon je le fais plus souvent si c'est quelqu'un d'obèse. Mais bon après je le ferai pas tous les ans.

Dr Böhme Oui. Elles sont un peu vieillottes ces recommandations de dépistage.

Dr 1 : Moi je le vois un peu différemment parce que le syndrome métabolique : il lui faut son électro ça c'est évident ! Et moi, le bilan lipidique et la glycémie : je lui fais tous les ans.

Dr 3 : Mais le syndrome métabolique t'as l'hypertension dedans. Si le gars il est obèse et qu'il a pas d'hypertension, s'il a rien ?

Dr 1 : Non mais attends oui, ben effectivement, si c'est un jeune obèse qui démarre, il a rien. Mais le jeune obèse de 25 ans, c'est probablement pas celui-là qui ira dans le réseau. On s'adresse plus aux 40-50 ans. Il est pré diabétique celui-là et donc lui il est à dépister.

Dr 2 acquiesce.

Dr 3 : Oui

Dr 1 : Effectivement. Mais la fiche là s'adresse à tout le monde, je suis d'accord avec toi.

Dr 3 : Ca s'adresse à tout le monde. Après effectivement, un 40 ans qui a rien, qui a un cholestérol normal, qui a une glycémie normale et qui a pas d'hypertension, on va pas lui faire un bilan tous les ans !

Dr 1 : Le problème c'est le jour où tu arriveras à convaincre les...Parce que maintenant les jeunes filles ou les jeunes gars qui sont déjà à un IMC de 30, t'en as plein la consult et ils sont réfractaires. Et il arrivera un jour où il commencera à prendre conscience que ça devient pathologique et c'est là que tu l'enverras au réseau.

Dr 2 : Mais là y'a pas les antécédents familiaux.

Dr Böhme : Juste pour le coté cardio-vasculaire.

Dr 2 : Nan mais si les parents ils sont obèses ?

Dr Böhme : Est-ce-que c'est utile pour la structure qui fait de l'éducation thérapeutique ?

Dr 2 : Moi je crois...

Dr 5 : Qu'il y ait un élément familial d'obésité ? Ça peut être intéressant.

Dr 2 : Si les parents ont toujours été forts. Comme ils disent « moi je suis d'une famille de forts », dans l'éducation. Ça je crois que ça c'est important parce que si...

Dr 3 : Oui mais ça c'est dans le bilan éducatif où ça va être posé la question ?

Dr Böhme : Oui.

Dr 3 : Donc après, est-ce que ça sert vraiment dans le bilan médical que nous on ..

DR 5 : Ca peut être une info qui est renvoyée. Alors bon quand on demande à un obèse (je vais dire que j'ai jamais envoyé une personne obèse ici donc j'ai pas..)

Dr 3 : Moi j'ai envoyé des enfants déjà ici mais bon pareil la coordination n'était pas super et les enfants n'ont pas trop suivi l'éducation parce que y a pas eu une coordination super au niveau des entretiens quoi des enfants. J'avais envoyé quelques enfants quand même (c'était pas cette année)il y a quelques année. C'était au début et bon voilà ils ont pas forcément adhéré. Ça a cafouillé parce que c'est vrai que les enfants c'est super de pouvoir les envoyer avec les parents. Donc après bon ben effectivement les enfants je sais même pas si je lui ferai un bilan lipidique au départ quoi, ça va le traumatiser le gamin, déjà ça le traumatise qu'on l'envoie dans une structure.

Dr Böhme : On réserverait ça pour les adultes.

Dr 3 : Parce que les enfants vous les prenez je me trompe pas ?

Dr Böhme : On les prend encore.

Dr 3 : Oui c'est ça je me trompe pas.

Dr Böhme : On avait une fiche sur l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. On proposait que vous recherchiez les stades de Tanner etc. Enfin c'était un bilan initial pour le coup, encore plus lourd que pour le diabétique. Bon on a vite abandonné mais effectivement... Non mais j'entends bien qu'il y a peut-être une formulation en tout cas pour l'obèse adulte en fonction peut-être de certains risques bien identifiés comme le syndrome métabolique ou l'âge ou l'existence d'antécédents familiaux soit de surpoids, soit même de diabète. Parce que effectivement un obèse de 40 ans qui n'a pas de diabétiques dans sa famille, on sera peut-être plus large dans le dosage régulier de la glycémie qu'un patient de 40 ans qui a déjà un parent voire 2 qui sont diabétiques ou qui sont sous insuline. Là peut-être que la surveillance annuelle sera nécessaire.

Dr 3 : ...Sera pas la même oui.

Dr 2 : On en a comme ça des gens. On se dit quand est-ce qu'ils vont faire leur diabète.

Dr 3 : Ben de toute façon on le voit. Y'en a certains qui ont une glycémie un peu limite. Enfin moi je le vois dans les jeunes, je leur dis. Je leur demande déjà si les parents sont diabétiques et puis après... Oui non c'est vrai. Enfin après pour vous, ça dépend ce que vous pouvez en tirer. Nous, à la limite, c'est pas grave parce que si c'est quelqu'un qui a pas d'hypertension, qui avait pas de cholestérol, pas de glycémie limite rien. Ben, à chaque fois, on va marquer « non non non ». Mais pour vous : est-ce que c'est intéressant ? Est-ce que vous allez pas vous dire qu'il manque quelque chose dans le suivi du patient. Voilà après c'est à vous de voir. Nous voilà c'est peu importe, on peut remplir aussi bien chez un patient avec facteur de risque que chez un patient sans facteur de risque, Ça c'est plutôt, c'est plutôt pour vous je pense, à mon avis. Mais pas demander à un patient qui n'a aucun facteur de dire « ah ben le médecin il l'a pas fait ». Alors faudrait peut-être qu'il refasse un bilan quoi. C'est peut-être pas forcément nécessaire.

Dr 5 : Là, c'est redondant entre « depuis 1 an le patient a-t-il bénéficié d'un bilan lipidique » : on l'a au-dessus

Dr 2 : Au-dessus oui.

Dr 5 : Et là y'a « dosage de la glycémie » : on l'a au-dessus aussi. Donc je sais pas si c'est pertinent.

Dr Böhme : Ben y'a la photographie annuelle de ces critères biologiques et puis y'a est-ce que derrière ça est-ce que le suivi annuel est assuré ? Mais effectivement, s'il y a une information qui est donnée sur la biologie sous-entendu effectivement..

Dr 5 : A priori c'est dans l'année.

Dr Böhme : A priori c'est dans l'année sauf qu'on n'est pas dans le diabète. Peut-être que ce bilan là je sais pas on pourrait imaginer au lieu de le remplir tous les ans, peut-être qu'il pourrait être rempli tous les 2- 3 ans je sais pas.

Dr 5 : Il faut pas que ça s'effiloche parce que s'il y a des intervalles trop long...

Dr 2 : C'est fini.

Dr Böhme : C'est fini ?

Dr 5 : Oui ça s'envole. Ça rejoint la remarque de Dr 2 en disant : dès qu'on dépasse un certain délai, ça s'effiloche je dirai. On le connaît pour le diabète mais on le connaît aussi pour d'autres pathologies, l'asthme par exemple.

Dr 3 : Après, ça dépend du suivi dans la structure, dans le réseau.

Dr 5 : Oui s'il y a un tuyage qui est convenable, à ce moment-là, ça améliore les choses.

Dr 3 : Ça peut se faire oui. Après voilà en fait, c'est pour vous le suivi du patient, donc vous avez quand même besoin peut être de savoir si le patient vient régulièrement nous voir ou pas enfin je sais pas.

Dr 2 : Dans ce genre de patient, on peut ne pas les voir d'une année sur l'autre.

Dr 3 : Ben oui.

Dr Böhme : C'est pour ça que j'ai eu le réflexe de dire « plutôt que tous les ans »... Mais si effectivement, après ça se perd à la fois pour le patient, peut être aussi pour le médecin (j'en sais rien) qui voit pas revenir son patient puisqu'il a « qu'une obésité » entre guillemet. Oui c'est ...

Dr 2 : Le problème de l'obésité (je vais dire pour moi: je parle à mon nom mais peut-être je parle au nom d'autres personnes) ils nous consultent, à part certains, ils nous consultent jamais pour ça donc, c'est au cours d'un événement quelconque ...

Dr 5 : Aigu.

Dr 2 : Oui non mais je vais dire quelconque. Je veux dire un évènement, ou parce qu'il s'est fait renversé, ou parce qu'il a cassé quelque chose (parce qu'ils sont souvent plus fragiles) qu'on arrive à dire « eh ben vous avez de l'arthrose dans les genoux, il faudrait peut-être soulager par-dessus ». Mais ils nous consultent pas. C'est pour ça que c'est difficile.

Dr Böhme : Oui ben c'est sûr que c'est peut-être encore plus difficile que pour les diabétiques : la prise de conscience du problème par le patient. Enfin je fais un aparté sur le problème du diagnostic comme maintenant qui est bien développé en cancérologie l'annonce du diagnostic pour les maladies métaboliques, on a encore... C'est pas si simple que ça. Pour le diabète ça l'est de plus en plus parce que maintenant on a un diagnostic bien établi avec des valeurs de glycémies. Encore que dire clairement « Monsieur vous êtes diabétique », je suis pas sûr que tout le monde a forcément la même approche. Et pour l'obésité alors c'est encore plus difficile parce que dire de but en blanc comme...

Dr 2 : C'est pas une maladie l'obésité.

Silence quelques secondes

Dr Böhme : Pour le patient non, pour nous ça devrait l'être.

Dr 3 :Ben si !

Dr 2 : Où c'est qu'il y a quelque chose en médecine qui dit que l'obésité c'est une maladie ?

Dr Böhme :Eh ben justement y'a un problème sans doute à ce niveau-là.

Dr 2 : Non mais y'a pas. Y'a pas dans l'enseignement.

Dr 1 : Si.

Dr 3 : Après y'a des complications.

Dr 2 : La définition de la maladie obésité c'est quoi ?

Dr 1 : La surcharge pondérale par-elle-même n'a pas ...

Dr 2 : Non mais c'est pas la peine de répondre, je veux dire y'a pas... L'obésité n'est pas une maladie reconnue.

Dr 1 :En soi c'est pas une maladie ,c'est un facteur de risque.

Dr 3 : C'est un facteur de risque, c'est ça.

Dr 2 :Oui c'est un facteur de risque, c'est pas une maladie.

Dr 1 : Tout à fait. Mais un facteur de risque qui entraine beaucoup de pathologies.

Dr 2 :Non mais je suis entièrement d'accord.

Dr 2 :C'est comme le tabac .

Dr 1 :Tout à fait mais le tabac on a réussi à faire des tabacologues donc là, est ce qu'on doit faire des obésologues ?

Dr 3 : Ce serait pas mal un obésologue ! (rire)

Dr 1 :Si tu autorises les obésologues, et tu vas faire les spécialistes du cinquième doigt ? Et t'auras pu rien à bouffer toi. Donc attends à un moment faut arrêter les conneries !

Dr 3 :Pu rien à bouffer, pu rien à bouffer.. C'est bon y'a du boulot.

Dr 2 :Et ton champs se restreint de plus en plus .

Dr 1 :S'il se restreint plus qu'à de la paperasse et de la rhinite, c'est plus de la médecine et c'est pas le rôle d'un médecin généraliste, d'un médecin traitant. Il est censé être là ; le pivot central et faire de la coordination. Voilà.

Dr 3 :Bah pas que de la coordination hein.

Dr 1 : Toute la coordination. Si toute la coordination.

Dr 3 :Nan mais enfin moi c'est pas ce qui m'intéresse le plus enfin façon de dire quoi. Le patient pouvoir m'en occuper...Moi souvent j'essaye de gérer moi-même. Moi des fois les spécialistes je les zappe un peu parce que j'en ai tellement marre des spécialistes que j'les zappe.

Dr 1 :Nan mais tout à fait. Tant que tu peux prendre en charge, y'a pas de problème mais tu as des acteurs qui sont là et tu coordonnes le tout. C'est toi qui coordonne. Personne d'autre le fera.

Dr 3 :Ah oui oui c'est sûr, c'est sûr.

Dr 1 :Ou si, d'autres le feront, mais à ton détriment.

Dr 3 :Donc je te dis c'est pour ça, on a toujours du boulot quoi hein . Je veux dire du boulot y'en manque pas. Mal payé mais y'en manque pas

Dr 2 : Actuellement tu le fais quand ça cafouille. Quand ils sont tous passés que tu reviens chez toi et on te dit heu... Et c'est là qu'on le fait maintenant. Le problème maintenant dans notre métier je veux dire avec tout ce qu'il y a autour Eh ben le patient il va ... Il fait tout un circuit et après non non c'est pas c'est pas ça, il te dis « docteur j'souffre toujours faites quelque chose ». Et là, qu'est-ce que tu fais ?

Dr 3 :Ah bah moi s'il a vu tous les spécialistes, je lui dis si les spécialistes ils ont pas trouvé ce qu'il fallait faire, c'est pas moi qui vais trouver donc (rire). Bah je leur dis maintenant je fais ça parce que bon y'arrive un moment y'en a marre.

Dr 1 : Ouais mais logiquement, il avait pas à aller voir les spécialistes de spécialistes en spécialistes. C'est pas dans le parcours de soin. Alors tu prends ton téléphone, tu pousses un coup de gueule. Je te jure que ça marche...et ça marche très bien.

Dr 3 : Moi les miens ils y vont que si je leur dis d'aller les voir ils sont très disciplinés. (rire)

Dr 1 : Voilà tu les éduques.

Dr Böhme : Donc on a bien enregistré toutes vos remarques . Ce que je vous propose c'est qu'on va étudier ça et puis on va vous faire des propositions puisque vous cinq on a les mails hein je crois ?

Dr 3 : Ça vous a fait avancer un peu tout ça quand même ?

Dr Böhme :Oui bien sûr.

Dr 3 : On est peut-être un peu agressifs ? Dès qu'on parle un petit peu de choses qui nous énervent ?

Dr Böhme : Justement je crois qu'on... A mon avis (enfin moi c'est le point de vue du spécialiste),on prend justement pas assez l'avis des correspondants dans leur vraie vie, dans leurs vraies difficultés. Et là, c'est la réalité du terrain. Nous aussi on a nos propres difficultés là où on est et puis avec ...

Dr 3 : On leur dit. Enfin moi ; je leur dis aux patients des fois les spécialistes. Le problème c'est qu'ils sont pas tous les jours avec vous alors des fois..

DISTRIBUTION DES COMPTES-RENDUS D'ETP

Dr Böhme : Alors on termine. Rassurez-vous c'est la fin. Donc on est maintenant...Vous recevez (peut-être moins pour certains) mais pas mal de documents de la Maison du Diabète sur l'organisation de l'éducation thérapeutique de vos patients. Donc on a mis en place depuis un an maintenant (même deux ans) un outil informatique qui s'appelle ETP pilote, et ici sur les ordinateurs fixes, qui permet de gérer le parcours de l'éducation thérapeutique, ;qui a des fonctionnalités très intéressantes. Comme on travaille avec des libéraux des diététiciens, des kinés etc. Y'a une fonctionnalité pour savoir rapidement (parce qu'on avait un problème de délai des ateliers) de savoir rapidement qui est disponible sur quel créneau, sur quel site...Puisque c'est l'avantage aussi de l'informatique, c'est qu'on peut gérer plusieurs sites et, entre autres, des fonctionnalités de saisie et donc d'édition du diagnostic éducatif qui est synthétisé et qui vous est résumé là. Alors on voit pas très bien. J pense que y'a un problème d'encre avec l'imprimante mais vous avez deux exemples, un pour un patient diabétique (on a caché les noms évidemment) et un pour un patient obèse.

Moi : Donc à chaque fois y'a le diagnostic éducatif et la page d'après, ça va être le bilan d'évaluation en fait.

Dr Böhme : Voilà y'a un diagnostic éducatif qui vous est synthétisé (qui vous est adressé) avec la planification des séances et puis derrière, le résumé de l'entretien d'évaluation qui a été fait par un des infirmiers ou diététiciens de la structure, une fois que les activités d'éducation thérapeutique ont été réalisées . Pour ceux qui en ont déjà reçus, quel est votre sentiment déjà est-ce que vous les lisez en entier ou pas ?

Dr 1 : Tout à fait oui.

Dr 3 : C'était pas ça qu'il fallait qu'on renvoie ? J'avais demandé et je les ai renvoyés après parce que j'avais pas compris le truc en fait.

Dr Böhme :Oui oui.

Dr 3 : J'avais pas compris pourquoi il fallait le renvoyer en fait.

Dr Böhme :On croit beaucoup au partage du diagnostic éducatif, c'est-à-dire que l'infirmier ou le diététicien qui va prendre ici pour la première fois le patient en entretien individuel, il va effectivement s'enquérir sur ses connaissances mais aussi sur comment il vit sa maladie etc ...Et y'a parfois des informations que l'éducateur recueille mais parfois y'a certaines des informations que vous vous avez, qui sont utiles à l'éducation, que l'éducateur ,par ses compétences (qui ne sont pas forcément optimales) n'arrive pas à recueillir forcément . Et inversement, parfois ça arrive (en tout cas nous ça nous arrive à l'hôpital) y'a des choses qui sont dites dans le cadre des séances d'éducation thérapeutique qui sont pas forcément dites aux médecins. Le but c'est d'échanger autour de ça avec des outils. Bon là c'est effectivement un outil à partir d'un formulaire, alors le formulaire qu'on utilise...On vous le transmettra après. Donc vous voyez c'est un formulaire je vous montre comme ça effectivement..Y'a pas mal de questions et le remplissage par l'éducateur thérapeutique, pas beaucoup d'ailleurs sur les connaissances hein bien sûr y'a des QCM pour évaluer les connaissances mais y a ce que ressent le soignant sur comment le patient vit sa maladie, son état de stress ; d'anxiété etc ...Et tout ça, comme c'est très important, vous le savez, pour entamer une éducation thérapeutique on va pas balancer pleins d'information à quelqu'un qui vient de faire un deuil ou je ne sais quoi, enfin je caricature hein mais...Donc et tout ça c'est saisi et le logiciel génère

ce que vous avez devant les yeux avec une évaluation semi-quantitative de son état de stress, ses croyances de santé, ses aspects relationnels. Est-ce que ce sont des choses qui sont importantes pour vous ? Est-ce que vous êtes aussi curieux pour aller les regarder ou est-ce que c'est pas du tout pertinent ? Voilà c'est un petit peu ça aussi qu'on aimerait savoir.

Dr 3 : Moi je pense que c'est important de les avoir quand même, qu'on sache, qu'on puisse les revoir voilà si besoin.

Dr 2 : Je me suis aperçu que les choses mettent un temps à se faire.

Dr Böhme : Chez qui ?

Dr 2 : Chez le patient.

Dr Böhme : Chez le patient oui.

Dr 2 : Et ils disent (ça c'est ma réflexion) » mais vous vous rappelez il y a 5/6/7/8 ans vous m'avez dit ça et ce jour-là il s'est passé quelque chose » Et dans l'inconscient, je veux dire, l'inconscient a besoin de temps pour que les graines germent et poussent. Donc pour moi, dans ma relation avec mon patient, ça a peut-être pas besoin d'être dit ,ça a besoin d'être verbalisé une fois et puis le moment opportun (qui arrivera ou qui arrivera pas), ça ressortira un jour ou l'autre.

Dr 1 acquiesce.

Dr Böhme : Alors justement c'est très intéressant ce type d'information Si vous adressez des patients à quelqu'un qui va faire l'éducation, c'est des choses sans doute très utiles. Comment vous verriez cette transmission d'information ? Est-ce que ce serait simplement un coup de fil à l'infirmière qui va faire l'éducation thérapeutique? Est-ce qu'on peut le formaliser sur un format ..

Dr 2 : Je crois qu'il y a pas de formalisation possible. Un jour c'est comme ça, y'a pas d'échelle pour dire.

Pendant ce temps, les autres médecins lisent les comptes-rendus et semblent un peu perdus dans les papiers. Dr 3 fronçe les sourcils en lisant les lettres.

Dr Böhme :D'accord

Dr 2 : Mais que ce soit noté peut être dans un coin du dossier pour qu'on puisse le jour où il en reparle on puisse le ressortir.

Dr 3 : Mais là, quand on l'envoie à l'éducation, de toute façon le patient si il fait la démarche de s'inscrire à la MDN c'est qu'il est dans sa phase de ... Enfin il y pense quoi. Il pense qu'il veut changer quelque chose quoi. Donc nous si on vous l'envoie on n'a pas besoin de le verbaliser par ailleurs. Après vous, par rapport à votre diagnostic éducatif, effectivement je pense que c'est intéressant quand même parce que c'est un bilan quand même assez codifié. Et de savoir où est-ce qu'il en est et puis au final de voir ce qui a pu être amélioré par rapport au départ.

Dr Böhme : D'autant plus que si vous regardez de près, y'a lorsqu'on vous envoie la synthèse après éducation, chaque critère à son échelle avant et son échelle après. Là ça ne se voit pas trop...

Dr 3 : Oui ça ressort pas trop là.

Dr Böhme : Par exemple sur la synthèse où il y a marqué « non renseigné » sur les premières lignes. Il y a « niveau de connaissance initial » et « niveau de connaissance intermédiaire ». Alors on met jamais évaluation final parce qu'on est persuadé que l'éducation thérapeutique c'est intégré aux soins et donc c'est continue à vie.

Dr 3 : De toute façon, les patients qui ont fait des séances d'éducation thérapeutique et qui sont à la fin, ils sont contents d'en refaire. Ils aimeraient bien d'ailleurs qu'on les reconvoque. Moi j'ai des patients qui m'ont dit « on aimerait bien y retourner ».

Dr Böhme : Oui alors ça c'est un autre problème. Parce que parfois ils sont tellement motivés qu'on a du mal à les freiner parce qu'on a remarqué...

Dr 5 : Y'a des gens qui deviennent ayatollah ?

Dr Böhme : Y'a des gros consommateurs d'ateliers thérapeutique.

Dr 5 : Est-ce que ça améliore les résultats ?

Dr Böhme : Alors c'est quoi le résultat de l'ETP pour vous ?

Dr 3 : Ben après ça améliore. C'est justement ce qu'on va vous répondre au niveau des bilans.

Dr 5 : Une certaine sérénité vis à vis de la pathologie, c'est ce que j'attendrais moi.

Dr 3 : Et puis après s'il y a une amélioration de l'hémoglobine glyquée.

Dr 5 : Si c'est possible. Parce que ça dépend pas que du possible, ça dépend aussi de la mécanique et du stade du diabète.

Dr 2 : De beaucoup de choses. C'est une intrication de multiples choses.

Dr Böhme : Je pense qu'il y a effectivement plusieurs facteurs. C'est pour ça que l'un ne va pas sans l'autre, que la surveillance va pas sans ETP et inversement. Mais effectivement, c'est dommage on voit pas bien là, mais sur les échelles de sérénité qu'on appelle niveau de confiance en soi, de connaissance. Parce que c'est quand même un point important même si c'est pas le seul en éducation thérapeutique, le fait de voir l'évolution : vous ça vous intéresse ?

Dr 3 : Oui.

Dr 1 : Oui mais là si tu vois le résultat tel que il est pas lisible

Dr 3 : Oui mais là c'est en noir et blanc.

Dr 1 : Oui mais même si ça avait été en couleur, c'est pas lisible.

Dr Böhme : Je suis assez d'accord.

Dr 1 : Il faut nous faire un étoile de David un truc comme ça. Voilà c'est tout Et par contre, que je sache effectivement quels sont les ateliers où il a été, ça c'est important. Parce que si je sais qu'il a été à un atelier podò, eh ben au moins, il connaît.

Tous les médecins approuvent.

Dr Böhme : Il connaît le grade ! (rire)

Dr 1 : Il connaît le grade (rire) mais je peux discuter avec lui donc il est formé. Voilà, ça c'est l'intérêt de savoir quels sont les ateliers qu'il a fait parce qu'ils feront pas tous l'atelier podo hein ?

Dr Böhme : Non non

Dr 3 : A « prendre soin de ses pieds module 2 » c'est noté absent.

Dr 2 : Il a séché. (rire)

Dr 3 : Enfin là il y est pas allé.

Dr Böhme Est-ce que cette donnée-là : « ne s'est pas présenté aux entretiens ou aux ateliers » .Est-ce que ça aussi c'est utile pour vous ?

Dr 3 : Bon après on n'est pas là pour faire la police mais ..Pourquoi il s'est pas présenté ? Est-ce qu'il avait une excuse valable ou pas ?

Dr 2 : Il avait mal aux pieds. (rire)

Dr 3 : Ben on n'ira pas fouiller jusque-là , qu'on sache quels ateliers il a fait voilà.

DR 3 : Oui ben donc c'est important de le savoir quand même. Parce que tu vois tu dis la podo là Savoir s'il a fait l'atelier podo c'est bien, mais en fait quand tu regardes il a été absent. C'est ça que t'as pas vu.

Dr 1 : Alors oui, effectivement il vaudrait mieux dire il a fait tel et tel atelier. Après ça c'est les ateliers programmés alors ?

Dr Böhme : Alors il y a une première synthèse du diagnostic éducatif où on programme les ateliers et la synthèse dite intermédiaire où on explique ce qu'il a fait.

Dr 1: Ah ok d'accord.

Dr 3 : Et on peut pas marquer à côté là « présent/absent » plutôt qu'en bas ? Parce que c'est vrai que je les avais pas vu moi au départ.

Dr Böhme : D'accord ok

Dr 3 : Et « à programmer » ça veut dire qu'il les a jamais eu alors ?

Dr Böhme : A programmer, c'est qu'ils ont pas encore eu lieu et ils sont à programmer, à prévoir.

Dr 1 : Donc voilà peut-être le noter là plutôt. Ce sera plus simple à lire.

Dr Böhme : Oui d'accord

Silence quelques secondes

Dr Böhme : Alors on est allé très très loin, on a même proposé que l'éducateur évalue même le stade d'engagement (donc le stade Prochaska donc le stade de motivation) à partir de formulaire où on a tout simplement modélisé sur une roue de la motivation (là voilà) qui est co évaluée par le soigneur et le patient. Est-ce que c'est quelque chose là aussi qui vous.. ?

Dr 5 : Ben si on est intéressé par effectivement l'éducation thérapeutique, on a entendu parlé de ça, si on en a pas entendu parlé..

Dr 3 : Moi je pense qu'il faut le mettre, c'est important quand même.

Dr 5 : Mais si les professionnels de santé qui reçoivent l'info..

Dr 3 : Ben ils la lisent pas c'est pas grave et puis ceux qui sont intéressés, ils vont la lire.

Dr 1 : Oui mais faut pas charger la barque et autre chose. Moi je l'enlèverai parce que là je vois, par exemple, stade de Prochaska : il est au stade de contemplation. Je me dis : moi j' enverrai pas un patient au stade de contemplation à la Maison du Diabète (ou je me suis foutu dedans ou c'est ton infirmier qui s'est foutu dedans).

Dr 2 : Ou c'est le patient qui a triché.

DR 3 : Non mais il est peut-être en contemplation, mais le but c'est qu'il y soit plus ? Et d'ailleurs il y est plus après.

Dr 1 : Il est arrivé en contemplation. Ils ont quand même réussi à le faire basculer le jour même ! C'est bien chapeau !

Dr 3 et Dr Böhme Non, c'est pas le jour même !

Dr 1 : Quand il vient : tu fais son diagnostic éducatif, tu le trouves en contemplation, tu vas pas me dire que tu programmes les ateliers ?

Dr Böhme : C'est ce qu'on fait.

Dr 2 : Parce qu'il peut pas. Si tu veux au stade là, il vient c'est déjà pas mal si il vient, parce que s'il est au stade de contemplation.

Dr 3 : Ben d'ailleurs, il est venu au module de diététique. Donc ça prouve bien l'histoire de la contemplation. Il est pas venu au module podo parce que pour l'instant ça lui passe par-dessus la tête.

Dr 1 : Oui il est pas impliqué.

Dr 3 : Mais c'est pas grave, il ira après. Là maintenant il est en phase d'action donc, si ça se trouve, si tu programmes...

Dr 1 : Non il est pas impliqué quand il est à ce stade. Donc là, si tu veux, c'est pratiquement mission impossible pour le faire rentrer dans un atelier.

Dr Böhme : Mais si il est déjà venu au premier entretien, il est venu voir ce qu'il s'y passait.

Dr 1 : Oui ben déjà, il est plus en contemplation. Il est dans l'intention déjà. C'est pour ça je te dis moi, j'aurais pas besoin de ça.

Dr Böhme : D'accord

Dr 1 : Pas besoin parce que ça va être..

Dr Böhme : C'est très difficile d'évaluer la motivation comme ça sur..

Dr 2 : C'est un problème de définition et d'appréciation personnelle.

Dr Böhme : Alors appréciation personnelle oui. Y'a l'expérience qui rentre en jeu mais, du coup, c'est pas forcément pertinent. Comme ça quand on reçoit un compte rendu de ce qui est programmé...

Dr 3 : C'est vrai.

Dr 1 : J'ai eu l'exemple hier matin. C'était aussi (elle est au stade de pré contemplation) elle a un IMC qui doit être à 38, elle est diabétique et tout pff .Tu peux lui dire tout ce que tu veux. Voilà je lui ai dit « écoutez mais est-ce que vous avez déjà pensé peut être que si vous faisiez ça, y'aurait une perte de poids, une amélioration de l'image etc ». Voilà ce que j'ai dit il y a quelques mois. Craque, aujourd'hui, elle me dit « ah ben écoutez, vous savez vous m'avez parlé de l'atelier..». Ca y est là, elle a changé, là elle a basculé. Elle est déjà dans l'intention celle -là. Donc craque une ordonnance. J'ai plus besoin de faire quoi que ce soit, elle va rentrer dans le processus. Mais auparavant c'était pas la peine. J'aurai fait une ordonnance, elle passait à la poubelle l'ordonnance.

Dr 3 : Moi c'est vrai. J'ai souvent les ordonnances qui passent à la poubelle que je donne.

Dr Böhme : ça c'est une donnée qu'on n'a pas forcément d'ailleurs.

Dr 3 : Y'en a pas mal quand même.

Dr 5 : Quand vous faites une proposition ?...

Dr 3 : Pour la MDN ils vont me dire « oui ». Mais en fait, je m'aperçois la fois d'après qu'il l'ont pas fait. Et puis à un moment je m'aperçois que c'est quasi à la poubelle quoi.

Dr Böhme : Spontanément vous diriez que c'est quoi 20-30-40% des propositions qui sont pas du tout pris en compte derrière ?

Dr 3 : Je pense qu'il y a, on va dire plutôt 30 plutôt 30-40 quoi.

Dr Böhme : D'accord.

Dr 3 : Mais bon c'est certainement de ma faute. Je l'ai pas présenté comme il fallait, très certainement.

Dr 1 : C'est pas une question de faute.

Dr 2 : C'est pas une question de présentation.

Dr 1 : C'était pas le moment. Tu peux passer $\frac{3}{4}$ d'heure, si c'est pas le moment.

Dr 2 : Il faut un temps pour que ça germe.

Dr Böhme : C'est le temps du patient.

Dr 3 : Non mais, de toute façon, les gens vont toujours me.. Enfin après , quand je leur parle de ça, c'est « ouais mais ça va être quand je vais pas avoir le temps nanani nanana ». Enfin bon voilà. C'est pour ça que je disais tout à l'heure, ce qui serait bien à la fin de la consult, c'est de pouvoir envoyer le patient pour lui expliquer.

Dr 1 : Il ira pas.

Dr 2 : Non il ira pas !

Dr 1 : Et encore moi je dis la patiente là, c'était pas la peine que je lui parle de ça. C'était pas le moment. J'ai semé ma petite graine crac et c'est elle qui est venue me demander, alors que j'y pensais plus, alors, à partir de là, et crac t'as tout gagné mais elle est partie...

Dr Böhme : Il faut semer une graine.

Dr 1 : J'ai mis un message subliminal

Dr 2 : Et il y a quelque chose (je pense) qui est important : c'est de l'écrire, de faire l'ordonnance même si l'ordonnance, il l'a met à la poubelle. Le fait de l'avoir eue dans la main et ben ça permet à la graine de germer.

Dr 5 acquiesce.

Dr 1 : Oui tout à fait. Le prochain coup « ah tiens l'ordonnance qu'est-ce que vous en avez fait ? »

Dr 5 : « Oh Dr j'ai encore oublié », « vous me prenez pour un clown ? » « non » (rire)

Dr 1 : Non mais là le stade de Prochaska , c'est vraiment trop...

Dr Böhme : On a eu plusieurs discussion avec Olivier Ziegler là-dessus : ». On le met, on le met pas. »

Dr 5 : Je pense que les gens qui sont un peu motivés sur l'éducation thérapeutique ça va leur parler et puis y'en a plein...

Dr 3 : Oui. C'est vrai. Ok

Dr Böhme : D'accord y'a juste un point avant qu'on stoppe. Nous on travaille beaucoup là-dessus avec les intervenants puisqu'on essaye aussi de les faire participer aux outils, aux techniques pédagogiques, il y a tout le champ des compétences. Comment exprimer/formuler les compétences qu'on aimerait voir s'améliorer chez nos patients ? C'est dans la case « évaluation des objectifs acquis » Ben déjà vous lisez ça, est-ce que ça vous parle ? Est-ce que c'est utile ?

LECTURE AVEC LES PARTICIPANTS

Dr Böhme : Est-ce que c'est quelque chose qui est important, par rapport à l'autre liste qui serait mieux en étoile (qui est plus générale) Est -ce que de savoir...

Dr 3 : Mais là il a pas fait d'atelier lui? C'est marqué « aucun atelier n'a été retenu ». Donc il les a pas fait ses ateliers ?

Dr Böhme : Ah oui là il y a eu un souci informatique effectivement.

Dr 3 : C'est pour ça que je pense qu'il faut vraiment qu'on puisse voir si ça a été fait ou pas

Dr 5 : Oui faudrait que les propositions d'actions éducatives passent avant l'évaluation.

Dr Böhme : Oui. Pourtant il a eu les ateliers alors...

Dr 3 : Il les a eus ? Ah oui ??

Dr Böhme : Ben oui ils sont au-dessus.

Dr 5 : Est-ce que c'est après ces ateliers-là ? C'est après les 5 ateliers qu'aucun atelier n'a été retenu, après ceux-là ?

Dr Böhme : Alors oui en fait ça, c'est un diagnostic éducatif d'évaluation (après les 5 ateliers). On a dit que les compétences par exemple « se réfugie dans les aliments très sucrés : non acquis » c'est sous-entendu que ça a pas trop bougé de ce point de vue-là, il continue là. Et puis « surmonter les obstacles : en cours d'acquisition ; compétences technique par exemple varier son alimentation : en cours de changement ». Donc c'est voilà sur quelques objectifs simples mais quand même parlants. Il y a une évaluation de comment c'est acquis ou pas acquis d'ailleurs A l'issue de ça il y a à nouveau des propositions derrière, parce que, encore une fois, la MDN propose des choses très adaptées au patient. On fait un point au bout de 5 séances et puis on réévalue et derrière on peut reposer des choses.

Dr 3 : Ah donc c'est des ateliers en plus. Donc là, même là le tout premier, il avait fait ses 10 séances et c'était encore des ateliers en plus ? Moi c'est pas ce que j'avais compris.

Dr Böhme : D'accord, faut qu'on précise un peu mieux effectivement .

Dr 3 : C'est pas très clair .

Dr Böhme : Oui effectivement, y'en a qui en redemande aussi.

Dr 3 : Ben oui parce que là il en a déjà eu 10, donc 12 ça lui fait 12 déjà.

Dr Böhme : Où ça ?

Dr 3 : Eh ben celui-ci alors ! S'il a fait tous les 10 premiers et puis que c'est les ateliers qu'on lui a repropoés. Après, ça veut dire qu'il en est déjà à 12 et il a loupé la 13^{ème}. A priori enfin c'est pas très clair on sait pas ce qui a été fait /ce qui a pas été fait en fait.

Dr Böhme : En fait il a eu effectivement une dizaine d'ateliers en 2012 Et puis on l'a revu à distance en 2013 et bon visiblement, y'a eu besoin de renforcer un petit peu sur certains points.

Silence

Dr Böhme : Est-ce que vous avez aussi besoin de savoir s'il a atteint des objectifs ou pas ?

Dr 2 : La question qui se pose c'est : au bout de combien de temps il a oublié, ou il commence à oublier ou il commence à dériver ?

Dr Böhme : Oui comment sa vie a repris le dessus avec les problématiques etc .

Dr 2 : Les vilains démons sont revenus..

Dr 3 : Moi je pense que c'est important de savoir l'évaluation des objectifs acquis. Enfin pour moi c'est important de savoir.

Dr 2 :Y'a pas de problème. Oui c'est un petit plus.

Dr 3 : Et puis même pour l'encourager, après on peut peut-être rebondir dessus et puis justement qu'il garde ses objectifs le plus longtemps possible, ça peut être pas mal.

Dr Böhme : Ok très bien. D'autres commentaires ? D'accord, n'oublions pas que l'on a rajouté une petite case (qui moi me paraît importante) c'est « vu et approuvé par le patient, oui, non en partie »... sous-entendu, on essaie que ce soit oui à chaque fois. Est-ce que c'est pertinent de la laisser ? Je crois qu'on n'a jamais mis non.

Dr 3 : Oui je pense que ça c'est...Enfin, ça m'étonnerait que le patient il sache pas à la fin si c'est approuvé ou pas ce qu'on lui a dit quoi... Enfin bon mais, si ça vous fait plaisir, vous pouvez le mettre.

Dr 5 :Si. C'est utile. À mon avis, là où c'est utile, c'est que le patient va lire ou va entendre ce qui a été dit, les informations, et il va dire « d'accord, je suis d'accord avec ce qui a été dit sur le corpus».

Dr 3 : Après, il ne faut pas trop l'agresser non plus le patient...

Dr 5 : Oh il ne faut pas trop l'agresser.

Dr 3 : Parce que là, ça fait un peu « attention, si vous validez, attention à ce que vous allez dire après ». Donc je ne suis pas sûre.

Dr 5 : Oui je suis d'accord avec ça, ça peut être positif.

Dr 3 : Mais ça peut être agressif aussi.

Dr 5 :Mais ça peut être perçu comme agressif.

Moi : Je sais pas si vous en avez parlé, pour les propositions vous les remplissez ? Vous voyez ce qu'il faudrait mettre là, dans la liste des propositions ?

Dr 3 : J'en avais reçus pas mal et je ne savais pas trop ce que je devais en faire et puis j'ai su après qu'il fallait que je le valide et voilà je l'ai validé.

Dr Böhme : C'est votre validation... C'est un élément extrêmement important. C'est à l'issu du diagnostic éducatif, qu'il soit initial ou d'évaluation. Après, c'est est-ce que si vous lisez la synthèse, est ce que vous validez, est ce que vous trouvez ça important de valider ? Eventuellement de rajouter les informations ?... A quels degrés d'implication et de validation ?

Dr 1 : Mais ça c'est que l'initial celui-là après, je ne sais pas après l'évolution.

Dr Böhme : Sauf qu'apparaît derrière les ateliers programmés...« présent /absent » alors là je suis un peu étonné. Normalement on ne programme pas d'atelier ou d'entretien individuel si y'a pas de diagnostic éducatif. Donc elle est obligé de le saisir pour pouvoir programmer, appeler les différentes infirmières diététiciennes etc. Je suis très étonné de ce qu'il y a entre parenthèse (présent /absent) à moins qu'il y ait un bug parce qu'on l'a réédité aujourd'hui et que, du coup, comme on l'a réédité le logiciel s'est calé et..

Dr 5 : Et a peut-être cumulé.

Dr Böhme : Mais en tout cas on va vérifier ça. Mais, par contre, le fait de valider ou de commenter le premier diagnostic éducatif, est-ce que ça vous parle ? Ou est-ce que ça vous paraît utile ?

Dr 3 : Non enfin moi j'ai pas trouvé..

Dr Böhme : Vous déléguez à la structure ?

Dr 3 :Oui je délègue.

Dr 5 acquiesce.

Dr Böhme : Imaginons un jour qu'il y ait des infirmiers ou des diététiciens plus près de votre cabinet, vous déléguez le diagnostic éducatif et revenez pas dessus ?

Dr 3 : Non non je crois pas.

Dr 2 : Le problème c'est qu'on a un problème de langage individuel en fonction de... Et on aura toujours du mal à se comprendre.

Dr Böhme : D'où notre tentative de mettre quelques échelles semi-quantitatives avec des mots clés qui seraient compréhensibles de tous.

Dr 1 : Ca dépend l'histoire de déléguer. Parce que le problème , on s'oriente vers de l'ETP de proximité alors, il arrivera bien un moment où il faut que ce soit une enquête professionnelle de proximité, que ce soit un médecin, un infirmier qui fasse le diagnostic éducatif et qu'il le balance ensuite à la structure qui fera de l'éducation thérapeutique. Donc c'est ça l'objectif, c'est pas de centraliser. Le patient si il est à Bitche et ben, il fait son diagnostic éducatif à Bitche je sais pas si ça arrivera à le convaincre de venir jusque Nancy ?

Dr Böhme :Non

Dr 1 :Voilà donc c'est pour ça il va falloir après effectivement qui fait le diagnostic éducatif ? Ceux qui sont formés ?

Dr Böhme : Oui.

Dr 1 : Et après la véritable question : qui paye ?

Dr 2 : C'est la seule question, c'est le temps et l'argent.

Dr 4 : Combien de temps ça prend ?

Dr 3 : Une bonne demi-heure.

Dr Böhme : Au moins.

Dr 1 : Les tarifs : actuellement on est aux alentours de 50/60 euros dans les expérimentations qui ont été faites.

Dr Böhme : Alors quand c'est 50/60 euros, c'est même plus long qu'une demi-heure.

Dr 1 : Oui mais bon, comme y'a beaucoup de données que le médecin connaît sur le patient. Donc ça peut aller plus vite que quelqu'un qui ne connaît pas l'historique.

Dr 3 : Oui mais attends diagnostic éducatif fait par le médecin généraliste, même s'il est payé plus. Je veux dire il prendra pas le temps. Donc effectivement ça peut durer $\frac{3}{4}$ d'heure 1heure. Le patient il va venir pour autre choses parce que tu le feras pas venir que pour son diagnostic éducatif. Et après le problème comment tu vas caser tes gens après ? Comment tu vas faire pour voir tes autres patients ? Parce que y'a du monde qui vient te voir. Je veux dire moi je peux pas me permettre de passer une heure avec un patient. Comment je fais moi ma salle d'attente après ?

Dr 1 : Après c'est à toi d'organiser ton activité médicale, de dire c'est telle journée l'après-midi consacrée à l'éducation thérapeutique.

Dr 3 : Je peux pas, c'est pas possible. Le matin je commence à 8 h et je termine à 8h le soir je peux pas !

Dr 1 : Non mais attends je t'assure, il y a un problème d'organisation du temps médical.

Dr 3 : Alors les gens je les vois 3 jours après ? C'est pas possible !

Dr 1 : Ecoute y'a pas longtemps (je veux pas être mauvais). Y'a pas longtemps je discutais avec un médecin femme. Elle en est au stade où elle fait son ménage le samedi après-midi au cab.

Dr 3 : Ah mais non, moi je fais pas le ménage. J'ai une femme de ménage de toute façon

Dr 1 : J'ai essayé de lui expliquer que la femme de ménage le coût horaire ,c'est de l'ordre de 15 à 18 euros chargé, le coût médecin c'est 3 C de l'heure, c'est 70 euros de l'heure. Donc si vraiment tu sais pas quoi foutre le samedi après-midi, tu consultes !

Dr 3 : Mais moi le samedi après-midi je vais faire des visites parce que j'ai pas le temps de les finir !

Dr 1 : Non mais attends c'est ces médecins-là qui me disent « je suis débordé » mais c'est parce qu'ils ont une organisation qui est merdique. Après, il faut apprendre à déléguer les tâches ménagères c'est pas pour ma pomme, les tâches comptables c'est pas pour ma pomme, les tâches administratives c'est pas pour ma pomme. Moi je fais du temps médical et je termine le soir à 17h !

Dr 3 : Et les gens qui veulent te voir à 18 h tu fais comment ?

Dr 1 : Mais ils sont habitués maintenant ça y est. Et puis tu sais j'ai une clientèle comme ça et je la gère parce que je ne fais que du temps médical. Mais je délègue et le problème c'est que, tôt ou tard, tu seras amenée à faire pareil parce que toutes ces tâches administratives, c'est pas à toi de le faire. Et le problème c'est que après, effectivement, il faut trouver les personnes pour le faire.

Dr 3 : Oui mais moi je veux bien mais si t'as 35 personnes ou 40 personnes à voir dans la journée. Je veux dire moi je délègue. Je fais pas le ménage. J'ai la secrétaire qui vient scanner les courriers. Bon je fais ma compta quand même, je regarde mes bio mais comment tu veux que je fasse ?

Dr 1 : C'est hors débat tout ça.

Dr Böhme : En tout cas, on voit bien que le temps médical c'est un sujet chaud, que la mise en place de l'éducation, c'est un sujet chaud et que pour le déploiement de l'éducation il faut des outils et du temps et surtout de l'entente.

Dr 3 : Moi le diagnostic éducatif je pourrais pas le faire au cours de consult.

Dr Böhme : Je pense qu'il y aura des échanges.

Dr 3 : Après, effectivement le réseau de géronto , parce que c'est elle qui s'en occupe maintenant de l'éducation thérapeutique ?

Dr Böhme : Oui enfin qui est censé le développer

Dr 3 : Donc elle nous a envoyé un papier pour nous demander si on était prêt à faire de l'éducation thérapeutique etc . Moi je lui ai répondu « oui je veux bien mais ce sera sur un jour de congé ». Il est clair que je ne ferai pas ça sur un jour de consult.

Dr Böhme : Allez on a causé juste 2 heures merci beaucoup de votre participation ! On fera évidemment un retour. Bon y'aura déjà une thèse. Notamment, les modifications de fiche, on vous les soumettra tous les 5 et également le nouveau format des comptes rendus d'ETP, on vous les soumettra.

6.9 Annexe n°9 : Fiche bilan annuel diabète proposée après notre étude



BILAN ANNUEL DIABETE©



Etiquette patient		Année				Cachet du médecin		
NOM	_____	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	
Prénom	_____	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	
Fiche de synthèse établie le :/...../.....		par le Dr : _____		N° dossier (ou étiquette)				
Date de naissance :/...../.....		sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Diabète début et type	Type 1	<input type="checkbox"/>	Type 2 sous insuline	<input type="checkbox"/>	Hospitalisation ≤ 1 an			
	Type 2	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	Ancienneté du diabète :		< 10 ans	<input type="checkbox"/>	Si oui, motif : _____			
			> 10 ans	<input type="checkbox"/>	_____			
Traitements	Autosurveillance glycémique :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Traitement par injection :				
	Antidiabétiques oraux :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hors insuline		<input type="checkbox"/>	Par insuline	<input type="checkbox"/>
	Si oui, ADO avec risque d'hypoglycémie?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Données cliniques générales	Taille	_____ cm	Poids	_____ Kg				
	IMC	_____ Kg/m ²	Tour de taille	_____ cm				
Résultats biologiques	HbA1c	_____	LDL - Cholestérol		_____ g/l			
	→ Au moins 3 dosages / an :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	HDL - Cholestérol		_____ g/l			
	DFG	_____ ml/min	Triglycérides		_____ g/l			
	Date :/...../.....	Microalb	_____ mg/l					
Facteurs de risque cardiovasculaire (en dehors du diabète)	ECG < 1 an :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tabagisme actif ou arrêt depuis moins de 3 ans :				
	HTA Traitée :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Accident cardiovasculaire précoce chez un parent du 1er degré : (Homme < 55 ans, Femme < 65 ans)		
	Si oui équilibrée ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Objectif ≤ 130/80		
Complications spécifiques du Diabète	Fond d'œil < 1 an :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pied diabétique (risque podologique) :				
	Rétinopathie :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				
	Consultation dentaire < 1 an :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Pathologies cardio-vasculaires	Coronaropathie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Artérite des membres inférieurs		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
	Insuffisance cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Athérome carotidien ou ATCD d'AVC		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

6.10 Annexe n°10 : Fiche bilan annuel obésité proposée après notre étude



BILAN ANNUEL OBESITE©



<p>Etiquette patient</p> <p>NOM _____</p> <p>Prénom _____</p>	<p>Année</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Cachet du médecin</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
<p>Fiche de synthèse établie le :/...../.....</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p>		<p>par le Dr : _____</p> <p>sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>
<p>Données cliniques générales</p>	<p>Poids maximum _____ Kg</p> <p>Taille _____ cm</p> <p>IMC _____ Kg/m²</p>	<p>Poids du jeune adulte _____ Kg</p> <p>Poids _____ Kg</p> <p>Tour de taille _____ cm</p> <p><i>Risque cardio-métabolique si ≥ 94 cm (♂) ou ≥ 80 cm (♀)</i></p>
<p>HOSPITALISATION</p>	<p>Hospitalisation ≤ 1 an : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, motif : _____</p>	
<p>Facteurs de risque cardiovasculaire</p>	<p>HTA Traitée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui équilibrée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Objectif ≤ 140/90</i></p>	<p>Tabagisme actif ou arrêté depuis moins de 3 ans : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Accident cardiovasculaire précoce chez un parent du 1er degré (Homme < 55 ans, Femme < 65 ans) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Résultats biologiques</p> <p>Date :/...../.....</p>	<p>Glycémie a jeûn _____ g/l</p> <p>DFG _____ ml/min</p> <p>ASAT / ALAT _____ / _____ UI/L</p>	<p>Triglycérides _____ g/l</p> <p>LDL - Cholestérol _____ g/l</p> <p>HDL - Cholestérol _____ g/l</p>
<p>Pathologies ostéo-articulaires</p>	<p>Arthrose lombaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Gonarthrose : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Coxarthrose : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires</p>	<p>Dyspnée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui stade : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Apnées du sommeil : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui appareillé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>ECG : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui date du dernier : _____</p> <p>Coronaropathie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Insuffisance cardiaque : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Athérome carotidien ou ATCD d'AVC : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

6.11 Annexe n°11 : Diagnostic éducatif proposé suite à notre étude



«Carré rive gauche»
 14, boulevard du 21^e R.A.
 F-54000 Nancy
 Tel : 03.83.39.00.26
 Fax : 03.83.22.75.89
 Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
 SIRET 453 510 539 00019 APE 913 E
 B.P.L.C. RIB 14707 00030 03019121262 89
 www.mdnnancy.fr
contact@mdnnancy.fr

Dr _____
 _____, rue _____
 54000 NANCY

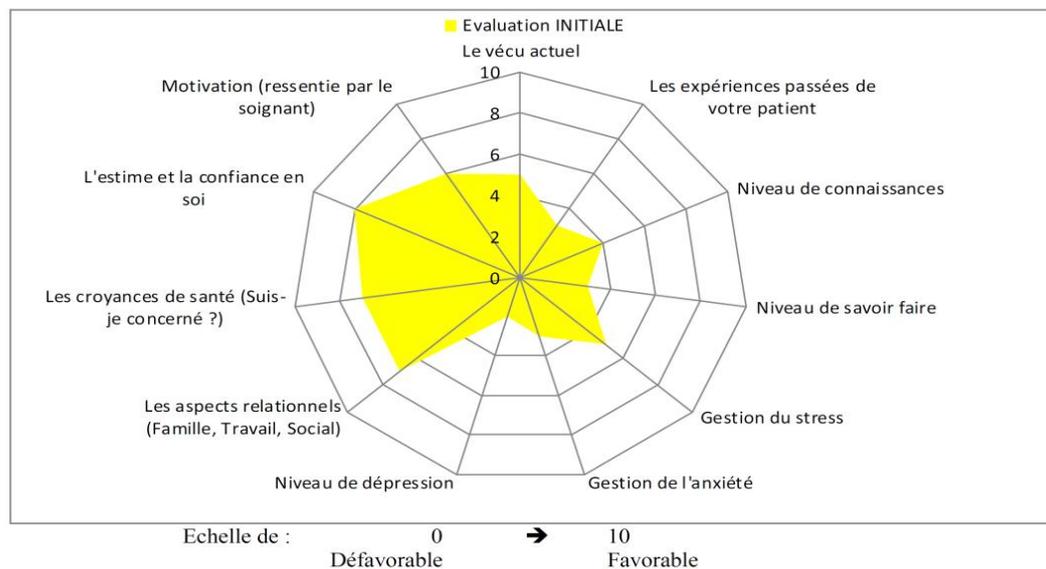
NANCY,
 Le jeudi 19 septembre 2013

Cher Confrère,

Nous vous remercions de nous avoir adressé M _____ né(e) le _____ pour participer à la prise en charge de son diabète type 2 sans insuline.

Suite à l'entretien avec _____, diététicienne, qui s'est déroulé le 02/03/2012, voici les éléments de synthèse du **diagnostic éducatif** que nous vous proposons pour votre patient. Ceci est une appréciation clinique partagée avec votre patient, susceptible de changer tout au long du parcours d'éducation thérapeutique. Elle nous permet de personnaliser son parcours et d'évaluer nos actions.

Diagnostic éducatif



Freins et leviers à l'éducation thérapeutique

Aspects constructifs

- Marche.
- Sa femme cuisine.

Obstacles

- Arthrose du genou.
- Estomac gastrectomisé.
- Troubles du sommeil.

Synthèse

Depuis deux mois, il veut se prendre en main pour l'alimentation et surtout savoir comment gérer ses fringales la nuit. Il aimerait des repères en quantité sur les aliments à consommer.

Objectifs

Compétences psychosociales

Compétences techniques

- Gérer son diabète et le sommeil.

Propositions d'actions éducatives à la MDN

1. Ateliers d'éducation

Thème de l'atelier	Programmé le
Les généralités du diabète - Module 1 (IDE)	15/03/2012
Les traitements et complications du diabète - Module 2 (IDE)	26/03/2012
Adapter son alimentation à son diabète - Module 1 (DIET),	05/03/2012
Adapter son alimentation à son diabète - Module 2 (DIET),	23/04/2012
Vivre avec un diabète - Module 1 (PSY),	27/03/2012
Vivre avec un diabète - Module 2 (PSY),	30/03/2012
Le suivi annuel et le dépistage des complications - Module 1 (MED)	à programmer
Le suivi annuel et le dépistage des complications - Module 2 (MED)	à programmer
Bouger plus pour son diabète - Module 2 (KINE),	19/07/2012
Prendre soin de ses pieds - Module 1 (PODO),	11/05/2012
Prendre soin de ses pieds - Module 2 (PODO),	18/05/2012

2. Entretiens individuels

Aucun entretien n'a été décidé

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

SIGNATURE DU MEDECIN COORDINATEUR
Dr. Ph. BÖHME

Médecin Coordonnateur

6.12 Annexe n°12 : Bilan d'évaluation proposé suite à notre étude



«Carré rive gauche»
 14, boulevard du 21^e R.A.
 F-54000 Nancy
 Tel : 03.83.39.00.26
 Fax : 03.83.22.75.89
 Association régie par la loi du 1er juillet 1901
 SIRET 453 510 539 00019 APE 913 E
 B.P.L.C. RIB 14707 00030 03019121262 89
www.mdnnancy.fr
contact@mdnnancy.fr

Dr _____
 _____, Rue _____
 54000 NANCY

NANCY,
 Le jeudi 19 septembre 2013

Cher Confrère,

Suite au diagnostic éducatif du 09/10/2012, nous vous informons que votre patient _____ né(e) le _____, qui présente une pathologie de diabète type 2 sans insuline, a pu bénéficier de son **bilan d'évaluation**. Depuis son diagnostic éducatif initial daté du 02/03/2012, il a participé à 10 ateliers d'éducation thérapeutique, dont voici le détail :

N°	Thème de l'atelier	Date
1	Adapter son alimentation à son diabète - Module 1 (DIET)	05/03/2012
2	Les généralités du diabète - Module 1 (IDE)	15/03/2012
3	Les traitements et complications du diabète - Module 2 (IDE)	26/03/2012
4	Vivre avec un diabète - Module 1 (PSY)	27/03/2012
5	Vivre avec un diabète - Module 2 (PSY)	30/03/2012
6	Adapter son alimentation à son diabète - Module 2 (DIET)	23/04/2012
7	Prendre soin de ses pieds - Module 1 (PODO)	11/05/2012
8	Prendre soin de ses pieds - Module 2 (PODO)	18/05/2012
9	Bouger plus pour son diabète - Module 1 (KINE)	05/07/2012
10	Bouger plus pour son diabète - Module 2 (KINE)	19/07/2012

Evaluation des objectifs acquis

Compétences psycho-sociales	Evaluation
<i>Aucun ou non renseigné</i>	

Compétences techniques	Evaluation
1. Gérer son diabète et le sommeil	Non renseigné
2. Restructuration des repas (accompagnement par sa femme)	Réussite
3. Faire attention à ses pieds	Réussite
4. Marcher d'avantage (régularité)	Réussite
5. Attentif à la surveillance du DT2 - hémoglobine glyquée à 6,5 actuellement	Réussite

Propositions d'actions éducatives à la MDN

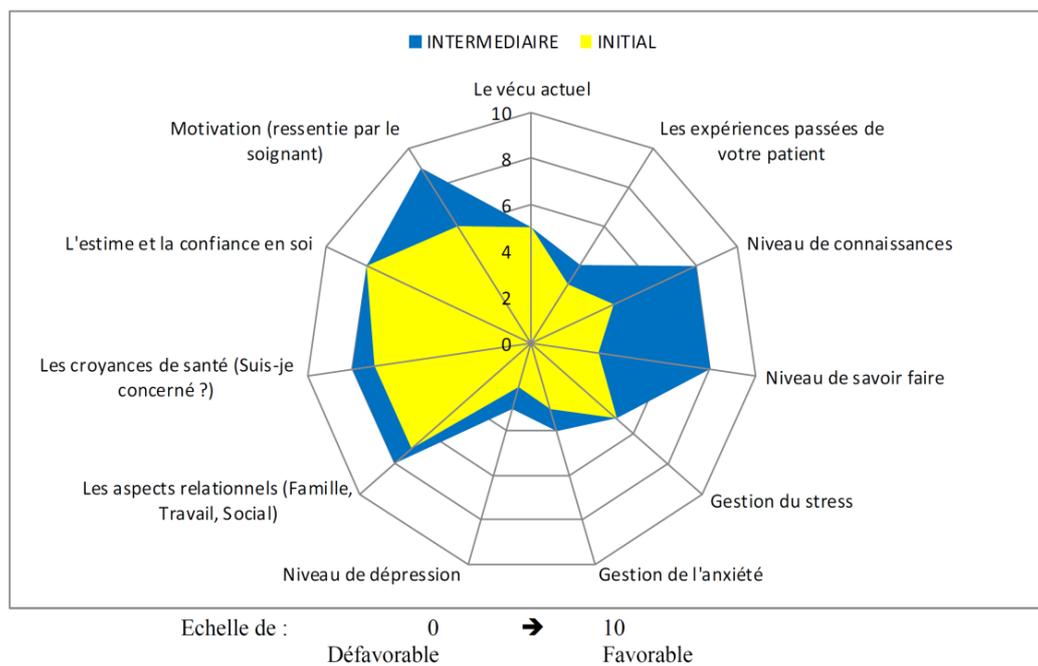
1. Ateliers d'éducation

- Aide à la reprise d'une activité physique - Module 1 (KINE), à programmer.
- Aide à la reprise d'une activité physique - Module 2 (KINE), à programmer.
- Aide à la reprise d'une activité physique - Module 3 (KINE), à programmer.

2. Entretiens individuels

Aucun entretien n'a été décidé

Bilan de l'évaluation



Synthèse

Mr _____ est satisfait du parcours proposé, de la complémentarité des domaines / thématiques abordés. A intégré les différents outils et sait les conjuguer. A un regard critique sur ce qu'il fait (alimentation - surveillance pieds – activité physique) et sait mettre en parallèle ses résultats glycémiques. Il est conscient qu'il est nécessaire d'entretenir sa motivation et ses connaissances -> parcours à organiser à distance (environ 6 mois).

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

SIGNATURE DU MEDECIN COORDINATEUR
Dr. Ph. BÖHME

Médecin Coordonnateur

7 BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Janvier 2013
- [2] Dossier thématique « Diabète » de l'INVS. Disponible sur: www.invs.sant.fr/diabete
- [3] Andreelli F, Amouyal C. De l'insulinorésistance à l'insulinopénie. La revue du praticien. 2010;60(4):474-6.
- [4] Guillausseau PJ, Laloi-Michelin M. Physiopathologie du diabète de type 2. La revue de médecine interne. 2003;24(11):730-7.
- [5] OMS. Obésité et surpoids. Disponible sur:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- [6] HAS. Principes de dépistage du diabète de type 2. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464100/fr/principes-de-depistage-du-diabete-de-type-2.
- [7] Fox CS, Coady S, Sorlie PD, Levy D, Meigs JB, D'Agostino RB Sr, et al. Trends in cardiovascular complications of diabetes. JAMA 2004;292(20):2495-9.
- [8] Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis A, Lecomte P, et al. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. BEH. 2009;42-43/2009:450-5.
- [9] Fagot-Campagna A, Fosse S, Weill A, Simon D, Varroud-Vial M. Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude Entred 2001. BEH. 2005;12-13/2005:48-50.
- [10] Couchoud C, Villar E, Frimat L, Fagot-Campagna A, Stengel B. Registre Rein. L'insuffisance rénale chronique terminale associée à un diabète : fréquence et conditions d'initiation d'un traitement de suppléance, France, 2006. BEH. 2008;43/2008:414-7.
- [11] HAS. Guide affection de longue durée. Diabète de type 2. Juillet 2007.
- [12] Malgrange D. Physiopathologie du pied diabétique. La revue de médecine interne. 2008;29(S2):S231-S237.
- [13] Fosse S, Jacqueminet SA, Duplan H, Hartemann-Heurtier A, Ha Van G, Grimaldi A, et al. Incidence et caractéristiques des amputations des membres inférieurs chez les personnes diabétiques en France métropolitaine, 2003. BEH. 2006;10/2006:71-3.
- [14] OMS. Diabète. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>.

- [15] Romon I, Rey G, Weill A, Jouglu E, Eschwège E, Fagot-Campagna A. Surmortalité entre 2001 et 2006 dans la cohorte diabétique Entred. *Diabetes Metab* 2010;36:A19
- [16] U.K.P.D.S. (United Kingdom Prospective Diabetes Study) : le contrôle du diabète de type 2 (Étude internationale, 1998)]
- [17] Radermecker RP, Philips JC, Jandrain B, et al. Contrôle glycémique et morbi-mortalité cardio-vasculaire chez le patient diabétique de type 2. Résultats des études ACCORD, ADVANCE et VA-Diabetes. *Rev Med Liège* 2008;63:511-8.
- [18] Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:193-203 & *Diabetologia* 2009;52:17-30
- [19] Sauvanet J-P. Consensus ADA/EASD 2009 : l’algorithme pour le traitement médical du diabète de type 2 est utile ! D’après J. Rosenstock *Médecine des Maladies Métaboliques* Volume 4, Issue 2, Mars 2010, Pages 181–190
- [20] ANAES. Suivi du patient diabétique de type 2 à l’exclusion du suivi des complications. 1999.
- [21] Puel J, Valensi P, Vanzetto G, Lassmann-Vague, Monin J-L, Ziccarelli Ch et al. Identification of myocardial ischemia in the diabetic patient joint ALFEDIAM and SFC recommandations. *Diabetes and Metabolism*. 2004 ;30(2Pt3):S3-S18
- [22] Simon D. Epidémiologie du diabète de type 2. *La Revue du Praticien*. 2010;60(4):469-73.
- [23] King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care*. 1998;21:1414-31.
- [24] Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*. 2004;27:1047-53.
- [25] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 4th edition. 2009. Disponible sur: <http://www.idf.org/diabetesatlas/downloads/Graphics/pdf>. Consulté le 13/10/2011.
- [26] Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité: quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *BEH*. 2010;42-43/2010:425-32.
- [27] Bonaldi C, Vernay M, Roudier C, Salanave B, Castetbon K, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète chez les adultes âgés de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine. *Étude nationale nutrition santé, 2006-2007*. *Diabetes Metab* 2009;35:A18.

- [28] Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes. BEH. 2008;43/2008:409-13.
- [29] Dalichampt M, Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et relations avec les caractéristiques socio-économiques et le pays d'origine, selon l'Enquête décennale santé (EDS) 2002-2003. Congrès de l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Bruxelles, Belgique, 25-28 mars 2008. Diabetes Metabolism 2008;34:A37
- [30] Rapport Obépi 2012. Le surpoids et l'obésité en France : Institut Roche de l'Obésité. SOFRES 2012. Disponible sur:
http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf.
- [31] Plan Obésité 2010-2013. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_-_interactif.pdf.
- [32] Brindel P, Fagot-Campagna A, Petit C, Coliche V, Isnard H, Simon D, et al. Entred : lancement d'une étude sur un échantillon national de 10000 personnes diabétiques traitées. BEH. 2002;20-21/2002:88-9.
- [33] Robert J, Roudier C, Poutignat N, Fagot-Campagna A, Weill A, Rudnichi A, et al. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. BEH. 2009;42-43/2009:455-60.
- [34] Ricci P, Chantry M, Detournay B, Poutignat N, Kusnik-Joinville O, Raimond V, et al. Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète : Etudes Entred 2001 et 2007. Bull Epidemiol Hebd 2009;42-43:464-9
- [35] Kusnik-Joinville O, Weill A, Salanave B, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? Pratiques et organisation des soins. 2007;38(1):1-12.
- [36] Morel A, Lecoq G, Jourdain-Menninger D. Evaluation de la prise en charge du diabète. Rapport IGAS N°RM2012-033P, avril 2012 :353p
- [37] Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe. Rapport sur l'éducation thérapeutique du patient, 1996. traduction en 1998
- [38] HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Saint-Denis : HAS, juin 2007 : 109 p. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-educationtherapeutique-du-patient-guide-methodologique

- [39] HCSP. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009
- [40] Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. *La presse médicale*. 2009;38(12):1774-9.
- [41] Grimaldi A. L'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à quatre. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol 44 N° 2, avril 2009, p 62-66
- [42] Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M, et al. L'éducation thérapeutique : une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. *Revue médicale de Liège*. 2010;65(5-6):250-5.
- [43] Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chroniques. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire [thèse pour le doctorat de santé publique, option éducation du patient]. Louvain-la-Neuve : Université catholique de Louvain, 2007 : 182 p.
- [44] Sandrin-Berthon B. L'éducation thérapeutique : pourquoi ? *Médecine des maladies métaboliques*. 2008;2(2):155-9.
- [45] Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. Février 2012 vol 6 n° 1, p. 66-71
- [46] HAS. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation : recommandations. 2007
- [47] Traynard PY. Le diagnostic éducatif : une bonne idée pour évoluer. *Médecine des maladies métaboliques*. 2010;4(1):31-7.
- [48] Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Education thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2008.2 (4) :425-31
- [49] Infante F.A., Proudfoot J.G., Davies G.P., Bubner T.K., Holton C.H., Beilby J.J., et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *The Medical Journal of Australia*, 2004, vol. 181, n° 2 : p. 70-73.
- [50] Anderson R-M. Patient empowerment and the traditional medical model. A case of irreconcilable differences ? *Diabetes Care* 1995 ;18 :412-5.
- [51] H. Mosnier-Pudar. Éducation thérapeutique du patient et diabète de type 2 : que nous apprend la littérature ? *Médecine des maladies Métaboliques*. Septembre 2007 Vol 1, N° 3 . 80-87
- [52] Fournier C., Gautier A., Attali C., Bocquet-Chabert A., Mosnier-Pudar H., Aujoulat I., et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques

- éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 10 novembre 2009, n° 42-43 : p. 460-464.
- [53] Bellil D. Les attentes des patients diabétiques de type 2 vis-à-vis de la médecine de premier recours et des réseaux de santé. Thèse. Med : Académie d'Orléans-Tours, 2010
- [54] Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane database of systematic reviews*.2009;21(1):CD005268.
- [55] Wing R, Bahnson J, Bray G, et al. Long term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factor in individuals with 2 diabetes mellitus : four-year results of the look AHEAD trial. *Arch Intern Med* 2010;170 :1566-75
- [56] Moreau A, Supper I. Effets des interventions éducatives sur la santé des patients diabétiques de type 2.*Exercer* 2011; 99 : 191-200.
- [57] Moreau A, Supper I, Gueyffier F, Cornu C, Bousageon R. Que faire si la metformine n'est pas efficace pour soigner le diabète de type 2? *Exercer* 2012 ; 103 :185-187
- [58] Susan L. Norris, Joseph Lau, S. Jay Smith, Christopher H. Schmid, Michael M. Engelgau,. Self-Management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control.*Diabetes Care* July 2002 vol. 25 no. 7 1159-1171
- [59] Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, et al. A 5 year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes care*. 2004;27(3):670-5.
- [60] Eminian S, Nguyen S, Gana S, Ruiz J. Quels sont les bénéfices d'un cours d'éducation au diabète pour le patient et pour le médecin? *Médecine des Maladies Métaboliques*. Septembre 2011.Vol 5 N°4, p.431-435
- [61] Grazia-Albano M, Golay A, De Andrade V, Crozet C, d'Ivernois J-F. Therapeutic patient education in obesity : analysis of the 2005-2010 literature. *EDP Sciences* 2012 ; 4(2) : S101-S110
- [62] République Française. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française* du 22 juillet 2009, art.84. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [63] Coulomb A, Halimi S, Chaskilevitch I. Le livre blanc du diabète. Sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXIe siècle. SFD.2011 Disponible sur : http://www.sfdiabete.org/sites/default/files/files/Pdf/Livre%20Blanc/SFD_Livre_Blanc_du_Diab%C3%A8te.pdf. Consulté le 11 janvier 2013.

- [64] République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art. 84. Disponible sur: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>.
- [65] Traynard PY. Conseiller une éducation à son patient : pour les soins et la surveillance. *Le concours médical*. 2008;130(18):921-3.
- [66] Varroud-Vial M, Coliche V, Debellis M, Gerson M, Lecomte P, Mollet E, et al. Réseaux de santé Diabète. *La revue du praticien médecine générale*. 2006;20(752/753):1388-91.
- [67] ARS de Lorraine. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins 'SROS-PRS. Janvier 2012. Disponible sur : www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/Le_SROS-PRS.pdf
- [68] Courrèges J-P, Olive J.-P, Iosup A, Thuan J-F, Vigier-Simorre N, Begassa M, Peter P. Intérêt d'une prise charge en réseau Ville-Hôpital du patient diabétique de type 2 : résultats à 6 ans sur l'évolution des complications. *Diabetes & Metabolism* vol 9, supplement 1, 26-29 mars 2013 p.68
- [69] Monguillon P ; Sonnet C, Varroud-Vial M, Kerlan V. Données médicales des patients du réseau Diabiroise entre 2005 et 2010 : la plus-value du réseau se confirme sur les résultats de la prise en charge. *Diabetes & Metabolism*. Vol 37, issue 1, supplement 1, mars 2011, p.62
- [70] Varroud-Vial M, Olocco M. Les réseaux de santé Diabète : quel bilan ? Quel avenir ? *Médecine des maladies métaboliques*. 2007;1(2):75-9.
- [71] Bocquier A, Cortaredona S, Nauleau S, Allaria-Lapierre V, Scirofino V, Verger P. Suivi médical du Diabète T2 en médecine de ville : une PEC plus complète lorsque le médecin participe à un réseau de santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Mars 2012.vol 60, numéro S1 page 15 .
- [72] Da Costa Correia E, Roche B, Guerraoui A, Aguilera D. Amélioration de l'état de santé des patients et des pratiques professionnelles : expérience de 4 ans de fonctionnement d'un réseau diabète. *Diabetes and metabolism*. 2008.34(S3) : H98
- [73] Jannot S. Prise en charge des patients diabétiques de type 2 par deux réseaux d'éducation thérapeutique en Lorraine : la maison du diabète d'Epinal et la maison du diabète et de la nutrition Nancy 54.Thèse : Med : Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2011 : 160p

- [74] Lipp S. Programmes d'éducation thérapeutique du patient et prise en charge du diabète de type 2 : profil et suivi des patients de l'étude deltadiab. Thèse : Med : Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2013 : 136p
- [75] Noguès F, Benzal A, Raison J. Rapport d'évaluation externe du réseau Maison du diabète et de la nutrition de Nancy, période 2006-2009. FJN et associés, octobre 2009 : 58p
- [76] ARS Lorraine. Education thérapeutique du patient : Cahier des charges des réseaux territoriaux en Lorraine. Novembre 2012.
- [77] HAS. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, guide pour les coordonnateurs et les équipes : HAS, mars 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/etp_auto-évaluation-programme_2012-04-02_16-39-56_681.pdf.
- [78] Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine, 2007,vol. 3, n° 5 : p. 229-234. Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/edocs/00/04/2F/AC/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF.
- [79] Moreau A, Dedienne M-C, Letrillart L, Le Goaziou M-F, Labarere J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du Praticien. Médecin générale, 2004 ;18 :p.382-384
- [80] Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHEPS. 2010
- [81] Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GP's participation in primary health care research. Fam Pract 2008;25:105-12.
- [82] Midy F, Dekussche C. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Enquêtes descriptives. Les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville [document de travail]. Saint-Denis : Haute Autorité de Santé, novembre 2008 : 142p. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portil/jcms/c_684138/document-de-travail-resultats-d-enquetes-descriptives
- [83] Drahi E, Cabaret E-M. ETP : quelles leçons pour l'avenir ? L'expérience de la région Centre. Diabète éducation. Le journal du delf. Février 2010, numéro spécial congrès :p.10-11

- [84] Corvaisier-Barbot C. Implication des médecins généralistes dans les réseaux de santé. Thèse : Med :Paris, 2008: 131p
- [85] Fourmel A.L. Prévention et éducation à la santé en médecine générale. État des lieux réalisé à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Brest Métropole Océane [thèse de doctorat en médecine, diplôme d'État]. Brest : Université de Bretagne occidentale, mai 2006 : 137 p.
- [86] Vol S, Balkau B, Lange C, de Lauzon-Guillain B, Czernichow S, Cailleau M et al. Un score prédictif du diabète de type 2 en France : l'étude prospective DESIR. BEH 2009 ;9/2009 :81-4
- [87] Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield M et al. Réévaluation des recommandations européennes pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Journal of hypertension ; 2009,27 :2121-2158
- [88] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les médecins : projections démographiques l'horizon 2025 par région et spécialité. Rapport ONDPS Tome 2.2004
- [89] Doumont D. Libion F. Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ? Louvain-la-Neuve :UCL-RESO. Unité d'éducation pour la santé. Ecole de santé publique-Centre « Recherche en systèmes de santé » série de dossiers techniques, décembre 2008 : 27p.. Disponible sur : [http : //www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier51.pdf](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier51.pdf)
- [90] Rozenfeld Y, Hunt JS, Plauschinat C, Wong KS. Oral antidiabetic medication adherence and glycemic control in managed care. Am J Manag Care 2008;14:71-5.
- [91] Cramer J. A systematic review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care. 2004;27:1218-24.
- [92] HAS. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Septembre 2011. Disponible à partir de URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
- [93] ANAES. Principes de dépistage du diabète de type 2. 2003
- [94] American Diabetes Association. Standards of Medical Care. Diabetes Diabetes Care Janvier 2011 vol. 34 .n° 1: S11-S61
- [95] Judith E. Fradkin. Confronting the urgent challenge of diabetes : an overview. Health Affaires. Janvier 2012.

- [96] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. Disponible sur <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf>
- [97] Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2007;66(4):433-9.
- [98] Turban F. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme [thèse de doctorat en médecine]. Amiens : Université de Picardie-Jules-Vernes, 2008 : 136 p.
- [99] Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Disponible à partir de : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
- [100] Sandrin Berthon B, Aujoulat I, Ottenheim C, Martin F. dir. L'Éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. Actes de l'université d'été au Château de Mialaret, 4 juillet 1996. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1997 : p. 11-17.
- [101] Assal J.-Ph. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. In : *Encycl. Med. Chir. Paris* : Elsevier, 1996, 25-005-A-10 : p. 17.
- [102] Wonca Europe. Définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002 :52p. Disponible à partir de : URL : <http://www.cnge.fr>
- [103] Younsi M, Böhme P, Collin J-F, Ziegler O et al. Les formations en Education Thérapeutique du Patient dans la Grande Région Wallonie-Luxembourg-Lorraine-Développement d'une formation générique à l'Education Thérapeutique du Patient : EDULOR. Projet EDUDORA .Février 2012.
- [104] Fave-Bonnet M-F. Professionnalisation et compétences: une approche européenne, Le projet Tuning. Disponible sur : http://www.colloque-pedagogie.org/workspaces/colloque_2011/pub_data/75.pdf/downloadFile/file/75.pdf?no_cache=1
- [105] Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P et al. Pratiques des médecins généralistes en matières de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratiques et Organisation des soins*, vol 38, n°4 : P.259-268

- [106] Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. Irdes n°144. Juillet 2009.. Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
- [107] Drahi E. Et si l'éducation thérapeutique n'était pas à sa place ? Médecine 2009, vol5 n°2, p.52-54
- [108] ARS de Lorraine. L'Agence Régionale de Santé de Lorraine et l'éducation thérapeutique du patient. Séminaire EDULOR. Décembre 2013
- [109] Halimi S. Bâtir une éducation thérapeutique de masse : il faut se fonder sur des offres diversifiées et complémentaires. Le quotidien du médecin n°9289-pages spéciales. Décembre 2013.
- [110] Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2008 (PLFSS 2008). Disponible sur
<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss200709presse-3.pdf>
- [111] Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 : Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. Questions d'économie de la santé Irdes n° 136. Novembre 2008. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
- [112] Keip M-C. Impact de l'éducation thérapeutique à la Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy: point de vue des médecins. Mémoire Edulor; 2012
- [113] Keinebreil L, Peyrot M, Rubin R, Geelhoed N, Landgraf R, Snoek F, Skovlund S. DAWN (Diabetes, attitudes, wishes and needs). Diabète Education. Février 2005 , n° spécial 4: 5-7.
- [114] Fanjeaux A. Ressenti des professionnels de santé libéraux du territoire Sud Meusien vis-à-vis de la réorganisation des réseaux de santé : étude qualitative par focus group. Thèse : Med : Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2012 : 252p
- [115] Les médecins invités à stopper la culpabilisation des patients obèses. Disponible sur
<http://www.ma-grande-taille.com/les-medecins-invites-a-stopper-la-culpabilisation-des-obeses-89414>
- [116] Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Octobre 2012. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
- [117] Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008. Disponible sur :

<http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2008/2008-Commonwealth-Fund-International-Health-Policy-Survey-of-Sicker-Adults.aspx>

- [118]** Scheen A-J, Paquot N. Quelle est la nouvelle donne pour soigner les patients diabétiques de type 2 ? : What is the new deal to treat type 2 diabetes patients? Médecine des Maladies Métaboliques. Mars 2009. Volume 3, Issue 2 :pages 141–146

VU

NANCY, le **3 janvier 2014**

Le Président de Thèse

Professeur O. ZIEGLER

NANCY, le **6 janvier 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6733

NANCY, le 17/01/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

La Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy (MDN) est un réseau de soins qui offre aux médecins la possibilité de réaliser une éducation thérapeutique (ETP) de proximité. Dans le cadre de son auto-évaluation annuelle, la MDN a décidé de simplifier ses outils de correspondance en collaboration étroite avec les médecins adhérents.

Après un bref état des lieux sur le diabète, l'ETP et les réseaux de soins, nous avons réalisé une enquête de satisfaction sur les informations transmises par la MDN. Pour cela, nous avons adressé aux médecins généralistes adhérents des questionnaires portant sur les comptes-rendus d'ETP, la fiche de bilan annuel du patient diabétique ainsi que sur la prise en charge de la MDN. L'étude a été complétée par un focus group sur le même thème. Notre thèse avait également pour but d'identifier les critères nécessaires au suivi du patient obèse non diabétique afin de créer une fiche de bilan pour ce type de patient.

Les résultats montrent que les médecins sont impliqués avec un taux de réponses au questionnaire de satisfaction de 35.3%. Ils sont en majorité satisfaits de la prise en charge ainsi que des informations transmises par la MDN mais des améliorations restent possibles, notamment en ce qui concerne la fiche de bilan annuel du patient diabétique jugée souvent trop longue. Nous avons eu peu de commentaires concernant les comptes-rendus d'éducation thérapeutique mais 52 % des médecins n'en avaient encore jamais reçus.

Le focus group, composé de 5 médecins généralistes, a permis d'identifier plus précisément les points à améliorer. Les fiches de bilan annuel (patients obèses ou diabétiques) ainsi que les comptes-rendus d'ETP ont été retravaillés suite à ces remarques. Notre étude a également permis de faire ressortir les difficultés que les médecins généralistes éprouvent à la mise en place de l'ETP en ville. Ceux-ci ont été analysés afin de proposer des axes d'améliorations à la MDN.

En conclusion, le développement de l'ETP doit se faire en lien étroit avec les médecins traitants pour s'adapter au mieux aux réalités de terrain. Une réorganisation de l'offre de soins apparaît nécessaire pour mener ce projet à bien.

TITRE EN ANGLAIS

Evaluation of the information transmission from "Maison du Diabète et de la Nutrition of Nancy": survey with general practitioners

THESE :

MEDECINE GENERALE – ANNEE 2014

MOTS CLEFS :

Diabète de type 2, Obésité, Education thérapeutique du patient, Réseaux de soins.

INTITULE ET ADRESSE :

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