



HAL
open science

Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé

Céline Peccoux-Levorin

► **To cite this version:**

Céline Peccoux-Levorin. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00652934

HAL Id: dumas-00652934

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00652934v1>

Submitted on 16 Dec 2011

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.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé.

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par Céline PECCOUX-LEVORIN

Née le 21/05/1984 A ANNECY

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 12/12/2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU

Membres :

Monsieur le Professeur Serge HALIMI, Directeur de thèse

Madame le Docteur Magalie BAUDRANT-BOGA, Codirectrice de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Louis PEPIN

Madame le Docteur Céline FARRE

Madame le Docteur Anne-Marie YEM-TARANTINI.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur HALIMI

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir soutenue et de m'avoir guidée patiemment tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur BAUDRANT-BOGA

Tu as accepté la codirection de cette thèse et je t'en remercie. Merci pour tes précieux conseils lors de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Professeur BENHAMOU

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de jury de cette thèse. Veuillez accepter le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur PEPIN

Je vous remercie de votre présence pour juger ce travail.

A Madame le Docteur FARRE

Je te remercie pour tes conseils et ton aide. Sois assurée de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur YEM-TARANTINI

Merci pour tous ces moments passés à tes côtés qui m'ont tant apportés.

A l'équipe de ProxYDiab 38

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pour votre aide tout au long de ce travail. Merci pour votre soutien.

Je remercie tous ceux sans qui cette thèse ne serait pas....

A mes parents, merci de votre patience, de votre écoute et de votre soutien tout au long de mes études. Merci pour la participation active à ce travail.

A ma sœur, et unique. Merci d'être toujours présente à mes côtés à chaque moment de ma vie.

A mon oncle,

A mes grands parents présents et défunts pour qu'ils soient fiers de leur petite fille.

A mes beaux parents, merci de m'avoir ouvert grand la porte et de si bien nous entourer.

Aux deux Cédric, merci de votre humour au quotidien.

A Adrien, qui compte tant. Merci de m'avoir acceptée avec mes qualités et mes défauts. Merci pour ta patience lors de ce travail.

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

| Nom | Prénom | Intitulé de la discipline universitaire |
|------------------|--------------|---|
| BONNETERRE | Vincent | Médecine et santé au travail |
| BOTTARI | Serge | Biologie cellulaire |
| BOUTONNAT | Jean | Cytologie et histologie |
| BRENIER-PINCHART | Marie-Pierre | Parasitologie et mycologie |
| BRIOT | Raphaël | Thérapeutique; médecine d'urgence |
| CALLANAN-WILSON | Mary | Hématologie; transfusion |
| CROIZE | Jacques | Bactériologie-virologie |
| DERANSART | Colin | Physiologie |
| DETANTE | Olivier | Neurologie |
| DUMESTRE-PERARD | Chantal | Immunologie |
| EYSSERIC | Hélène | Médecine légale et droit de la santé |
| FAURE | Julien | Biochimie et biologie moléculaire |
| GILLOIS | Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| GRAND | Sylvie | Radiologie et imagerie médicale |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| HOFFMANN | Pascale | Gynécologie-obstétrique |
| LABARERE | José | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| LAPORTE | François | Biochimie et biologie moléculaire |
| LARDY | Bernard | Biochimie et biologie moléculaire |
| LARRAT | Sylvie | Bactériologie-virologie |
| LAUNOIS-ROLLINAT | Sandrine | Physiologie |
| MALLARET | Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| MAUBON | Danièle | Parasitologie et mycologie |
| MC LEER (FLORIN) | Anne | Cytologie et histologie |
| MOREAU-GAUDRY | Alexandre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MOUCHET | Patrick | Physiologie |

| | | |
|-----------|--------------|---|
| PACLET | Marie-Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| PASQUIER | Dominique | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PAYSANT | François | Médecine légale et droit de la santé |
| PELLETIER | Laurent | Biologie cellulaire |
| RAY | Pierre | Génétique |
| RIALLE | Vincent | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SATRE | Véronique | Génétique |
| STASIA | Marie-Josée | Biochimie et biologie moléculaire |
| TAMISIER | Renaud | Physiologie |

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
 2011-2012

| Nom | Prénom | Intitulé de la discipline universitaire |
|--------------------|---------------|---|
| ALBALADEJO | Pierre | Anesthésiologie-réanimation |
| ARVIEUX-BARTHELEMY | Catherine | Chirurgie générale |
| BACONNIER | Pierre | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| BAGUET | Jean-Philippe | Cardiologie |
| BALOSSO | Jacques | Radiothérapie |
| BARRET | Luc | Médecine légale et droit de la santé |
| BAUDAIN | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| BEANI | Jean-Claude | Dermato-vénérologie |
| BENHAMOU | Pierre Yves | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| BERGER | François | Biologie cellulaire |
| BLIN | Dominique | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| BOLLA | Michel | Cancérologie; radiothérapie |
| BONAZ | Bruno | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| BOSSON | Jean-Luc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| BOUGEROL | Thierry | Psychiatrie d'adultes |
| BRAMBILLA | Elisabeth | Anatomie et cytologie pathologiques |
| BRAMBILLA | Christian | Pneumologie |
| BRICAULT | Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| BRICHON | Pierre-Yves | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| BRIX | Muriel | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CAHN | Jean-Yves | Hématologie |
| CARPENTIER | Françoise | Thérapeutique; médecine d'urgence |
| CARPENTIER | Patrick | Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire |
| CESBRON | Jean-Yves | Immunologie |
| CHABARDES | Stephan | Neurochirurgie |
| CHABRE | Olivier | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| CHAFFANJON | Philippe | Anatomie |
| CHAVANON | Olivier | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| CHIQUET | Christophe | Ophtalmologie |
| CHIROSEL | Jean-Paul | Anatomie |
| CINQUIN | Philippe | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| COHEN | Olivier | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| COUTURIER | Pascal | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique |

| | | |
|---------------|---------------|---|
| DE GAUDEMARIS | Régis | Médecine et santé au travail |
| DEBILLON | Thierry | Pédiatrie |
| DEMATTEIS | Maurice | Addictologie |
| DEMONGEOT | Jacques | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DESCOTES | Jean-Luc | Urologie |
| ESTEVE | François | Biophysique et médecine nucléaire |
| FAGRET | Daniel | Biophysique et médecine nucléaire |
| FAUCHERON | Jean-Luc | Chirurgie générale |
| FERRETTI | Gilbert | Radiologie et imagerie médicale |
| FEUERSTEIN | Claude | Physiologie |
| FONTAINE | Eric | Nutrition |
| FRANCOIS | Patrice | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GARBAN | Frédéric | Hématologie; transfusion |
| GAUDIN | Philippe | Rhumatologie |
| GAVAZZI | Gaetan | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| GAY | Emmanuel | Neurochirurgie |
| GRIFFET | Jacques | Chirurgie infantile |
| HALIMI | Serge | Nutrition |
| HOMMEL | Marc | Neurologie |
| JOUK | Pierre-Simon | Génétique |
| JUVIN | Robert | Rhumatologie |
| KAHANE | Philippe | Physiologie |
| KRACK | Paul | Neurologie |
| KRAINIK | Alexandre | Radiologie et imagerie médicale |
| LANTUEJOUL | Sylvie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LEBAS | Jean-François | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEBEAU | Jacques | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECCIA | Marie-Thérèse | Dermato-vénérologie |
| LEROUX | Dominique | Génétique |
| LEROY | Vincent | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |
| LETOUBLON | Christian | Chirurgie générale |
| LEVY | Patrick | Physiologie |
| LUNARDI | Joël | Biochimie et biologie moléculaire |
| MACHECOURT | Jacques | Cardiologie |
| MAGNE | Jean-Luc | Chirurgie vasculaire |
| MAITRE | Anne | Médecine et santé au travail |
| MAURIN | Max | Bactériologie-virologie |
| MERLOZ | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |

| | | |
|------------------------|---------------|--|
| MORAND | Patrice | Bactériologie-virologie |
| MORO-SIBILOT | Denis | Pneumologie |
| MOUSSEAU | Mireille | Cancérologie |
| MOUTET | François | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie |
| PALOMBI | Olivier | Anatomie |
| PASSAGIA | Jean-Guy | Anatomie |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | Anesthésiologie-réanimation |
| PELLOUX | Hervé | Parasitologie et mycologie |
| PEPIN | Jean-Louis | Physiologie |
| PERENNOU | Dominique | Médecine physique et de réadaptation |
| PERNOD | Gilles | Médecine vasculaire |
| PIOLAT | Christian | Chirurgie infantile |
| PISON | Christophe | Pneumologie |
| PLANTAZ | Dominique | Pédiatrie |
| POLACK | Benoît | Hématologie |
| PONS | Jean-Claude | Gynécologie-obstétrique |
| RAMBEAUD | Jean-Jacques | Urologie |
| REYT | Emile | Oto-rhino-laryngologie |
| RIGHINI | Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| ROMANET | Jean-Paul | Ophtalmologie |
| SARAGAGLIA | Dominique | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| SCHMERBER | Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| SELE | Bernard | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| SERGEANT | Fabrice | Gynécologie-obstétrique |
| SESSA | Carminé | Chirurgie vasculaire |
| STAHL | Jean-Paul | Maladies infectieuses; maladies tropicales |
| STANKE | Françoise | Pharmacologie fondamentale |
| TIMSIT | Jean-François | Réanimation |
| TONETTI | Jérôme | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| TOUSSAINT | Bertrand | Biochimie et biologie moléculaire |
| VANZETTO | Gérald | Cardiologie |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| WEIL | Georges | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ZAOUI | Philippe | Néphrologie |
| ZARSKI | Jean-Pierre | Gastroentérologie; hépatologie; addictologie |

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| GLOSSAIRE..... | 20 |
| INTRODUCTION..... | 22 |
| CONCEPTS..... | 25 |
| I. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : DU MILITANTISME AU PROFESSIONALISME | 26 |
| 1. Définition de l'éducation thérapeutique du patient | 26 |
| 2. Evolution du cadre législatif..... | 28 |
| 3. Education thérapeutique du patient et la loi HPST | 29 |
| II. COMMENT STRUCTURER UNE OFFRE EDUCATIVE SUR UN TERRITOIRE | 31 |
| 1. L'organisation territoriale du système de santé | 31 |
| 2. La structuration d'une offre d'éducation thérapeutique..... | 32 |
| 2.1 Sur un territoire..... | 32 |
| 2.2 Structuration d'un programme | 33 |
| III. OFFRES DE SOINS EN EDUCATION THERAPEUTIQUE SUR LA REGION GRENOBLOISE | 34 |
| 1. Le CHU de Grenoble..... | 36 |
| 2. Les réseaux de soins..... | 37 |
| 3. ProxYDiab 38 | 38 |
| IV. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : DEFINITION, LEGISLATION ET PRATIQUE..... | 52 |
| 1. Définitions | 53 |
| 1.1 Médecine générale-Médecine de famille..... | 53 |
| 1.2 Médecin généraliste - Médecin de famille | 55 |
| 2. Le médecin généraliste et la législation | 56 |
| 2.1 Convention nationale des médecins généralistes..... | 56 |
| 2.2 Code de santé publique..... | 57 |
| 2.3 La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) | 58 |
| 3. Le médecin généraliste et la pratique de l'éducation thérapeutique du patient..... | 58 |
| 3.1 L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours | 58 |
| | 10 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 Etat actuel des pratiques d'ETP chez les médecins généralistes..... | 59 |
| MATERIELS ET METHODES..... | 62 |
| 1. Le choix du sujet..... | 63 |
| 2. La méthode | 64 |
| 2.1 Une étude qualitative | 64 |
| 2.2 L'échantillonnage intentionnel | 64 |
| 2.3 Le guide d'entretien | 65 |
| 2.4 Analyse des données | 67 |
| 2.4.1 La retranscription des entretiens en verbatim | 67 |
| 2.4.2 L'analyse du discours..... | 67 |
| RESULTATS..... | 69 |
| I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES ENTRETIENS..... | 71 |
| 1. Caractéristiques de l'échantillon | 71 |
| 2. Caractéristiques des entretiens | 73 |
| II. VISION DE L'ETP DES MEDECINS GENERALISTES ET DES ENDOCRINOLOGUES : LA LEGISLATION EN PRATIQUE, DES DIFFICULTES AUX RESSOURCES | 74 |
| 1. Impact de la loi HPST sur la pratique de l'ETP..... | 74 |
| 1.1 Aucun changement de pratique..... | 74 |
| 1.2 Les changements espérés | 76 |
| 1.3 Dans l'expectative d'une meilleure reconnaissance des pouvoirs publics | 76 |
| 1.4 Impression d'effet de mode | 76 |
| 2. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et endocrinologues pour la réalisation de l'ETP..... | 77 |
| 2.1 Difficultés liées au médecin | 77 |
| 2.1.1 Le mode d'exercice | 77 |
| 2.1.1.1 Le temps..... | 77 |
| 2.1.1.2 La charge administrative au cabinet..... | 79 |

| | |
|--|----|
| 2.1.1.3 Le manque de soutien de la part des instances et la non reconnaissance financière de l'ETP..... | 79 |
| 2.1.1.4 Les relations confraternelles..... | 81 |
| 2.1.2 La formation médicale..... | 81 |
| 2.1.3 La motivation des praticiens et leur intérêt pour l'ETP | 82 |
| 2.1.4 Le manque de supports adaptés..... | 83 |
| 2.2 Difficultés perçues par les médecins, liées au patient | 83 |
| 2.2.1 La compréhension et l'acceptation de la maladie..... | 84 |
| 2.2.2 Le manque de réceptivité et l'adhésion du patient | 85 |
| 2.2.3 Le manque de motivation..... | 86 |
| 2.2.4 La disponibilité du patient..... | 87 |
| 2.3 Difficultés liées aux spécificités du patient..... | 87 |
| 2.3.1 La culture | 87 |
| 2.3.2 Le frein linguistique | 89 |
| 2.3.3 Le niveau socioéconomique..... | 89 |
| 2.3.4 Le patient polypathologique | 90 |
| 3. Les ressources utilisées par les praticiens pour mettre en œuvre l'ETP au cabinet..... | 90 |
| 3.1 Ressources liées au médecin..... | 91 |
| 3.1.1 Participation à des formations médicales continues..... | 91 |
| 3.1.2 La relation médecin-malade | 92 |
| 3.1.2.1 Le médecin traitant : relation de confiance, connaissance accrue du patient et suivi facilité..... | 92 |
| 3.1.2.2 Le savoir-faire..... | 93 |
| 3.1.3 Propositions des praticiens pour lutter contre le manque de temps | 94 |
| 3.2 Ressources liées au patient, selon les médecins | 95 |
| 3.2.1 L'entourage du patient | 96 |
| 3.2.2 Connaissance du mode de vie du patient | 96 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.2.3 | Prise de conscience du patient : acceptation de la maladie et compréhension des enjeux thérapeutiques..... | 96 |
| 3.2.4 | Connaissances antérieures du patient | 97 |
| 3.3 | Les soutiens éducatifs : les professionnels | 97 |
| 3.3.1 | Structures spécialisées en ETP | 97 |
| 3.3.2 | La diététicienne, l'infirmière et le diabétologue : des piliers de l'offre éducative complémentaire..... | 98 |
| 3.4 | Les supports éducatifs : les documents..... | 99 |
| 3.4.1 | Les fiches patient | 99 |
| 3.4.2 | Des supports visuels et informatiques pour les patients | 100 |
| 3.4.3 | Supports éducatifs pour les médecins : recommandations de l'HAS, les revues médicales..... | 101 |
| 3.5 | Outils éducatifs dans le suivi du patient diabétique de type 2 | 101 |
| III. | PERCEPTION DE PROXYDIAB 38 ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES ET ENDOCRINOLOGUES DE LA REGION GRENOBLOISE | 102 |
| 1. | Voies de connaissance de ProxYDiab 38..... | 103 |
| 1.1 | Comment les praticiens ont-ils découvert ProxYDiab 38 ?..... | 103 |
| 1.1.1 | Réunions de présentation | 103 |
| 1.1.2 | Courrier | 104 |
| 1.1.3 | Industrie pharmaceutique, délégués médicaux..... | 104 |
| 1.1.4 | Les centres de santé | 105 |
| 1.1.5 | Les groupes de pairs..... | 105 |
| 1.1.6 | L'ADELIE..... | 105 |
| 1.2 | Comment faire connaître la structure ? Propositions des médecins généralistes ne connaissant pas ProxYDiab 38 | 106 |
| 1.2.1 | Le courrier | 106 |
| 1.2.2 | Démarchage au cabinet par le médecin responsable ou un membre de la structure..... | 106 |

| | |
|---|-----|
| 1.2.3 Des réunions de présentation | 107 |
| 1.2.4 Des mails, utilisation d'internet..... | 107 |
| 1.2.5 Appui des instances | 107 |
| 1.2.6 Les revues médicales | 107 |
| 2. Facteurs incitant les médecins à proposer ProxYDiab 38 | 107 |
| 2.1 La pluri-professionalité de la structure..... | 108 |
| 2.2 La gratuité de ProxYDiab 38..... | 109 |
| 2.3 Les compétences de l'équipe de ProxYDiab 38 | 110 |
| 2.4 L'accessibilité et la proximité de ProxYDiab 38 pour une pratique ambulatoire simplifiée..... | 110 |
| 2.5 Le caractère novateur et unique de la structure est un facteur incitatif et motivationnel pour les praticiens | 111 |
| 3. Freins d'accès à ProxYDiab 38 : du patient au médecin | 112 |
| 3.1 Freins du patient vus par les médecins | 113 |
| 3.1.1 Prise en charge difficile du patient | 113 |
| 3.1.2 Peurs du patient..... | 114 |
| 3.1.3 Manque de temps | 115 |
| 3.1.4 L'accessibilité | 116 |
| 3.2 Freins du médecin..... | 116 |
| 3.2.1 Fonctionnement de la structure..... | 116 |
| 3.2.2 Manque d'informations..... | 118 |
| 3.2.3 Oubli..... | 118 |
| 3.2.4 Manque d'occasion | 118 |
| 3.2.5 Manque de persuasion..... | 118 |
| 4. A quel patient la structure est-elle proposée ? Etude du profil des patients | 119 |
| 4.1 Des patients diabétiques de type 2, de tous âges, actifs ou retraités | 119 |

| | |
|--|-----|
| 4.2 Patients pour lesquels le médecin a des difficultés | 121 |
| 4.2.1 La mauvaise hygiène de vie des patients | 121 |
| 4.2.2 Patients en surpoids..... | 122 |
| 4.2.3 Patients résistants à toutes les prises en charge antérieures proposées..... | 123 |
| 4.2.4 Des patients non observants, dans le déni et peu motivés | 123 |
| 4.3 Patients demandeurs et motivés | 125 |
| 4.4 Equilibre du diabète..... | 125 |
| 4.5 Proposition faite à différents stades de la maladie | 126 |
| 4.5.1 Lors de la découverte de la maladie | 126 |
| 4.5.2 Au décours de la maladie lorsque le patient diabétique a plus d'expérience | 126 |
| 4.5.3 Au stade des complications pour une prise de conscience..... | 127 |
| 4.6 Proposition systématique de ProxYDiab 38 à tous les patients diabétiques de type 2 pour réaliser de l'ETP..... | 127 |
| 5. Modifications et attentes pour la pratique éducative au cabinet et pour les patients | 127 |
| 5.1 Changements de pratique des médecins en lien avec ProxYDiab 38 | 128 |
| 5.2 Perception de résultats chez les patients du point de vue des soignants, après ProxYDiab 38..... | 129 |
| 5.2.1 Le patient reste le même..... | 129 |
| 5.2.2 Le patient change et fait des efforts | 130 |
| 5.2.3 Manque de recul pour conclure..... | 131 |
| 5.3 Que peut apporter ProxYDiab 38 dans la pratique des médecins généralistes ? Attentes des praticiens de l'entretien 2 et 3..... | 132 |
| 5.3.1 Occasion de formation | 132 |
| 5.3.2 Une aide dans la pratique d'ETP et à la prise en charge des patients diabétiques de type 2..... | 132 |
| 5.3.3 Un partenariat et une prise en charge complémentaire | 133 |
| 5.3.4 Un médecin déclare ne rien attendre d'une telle structure ambulatoire | 134 |

| | |
|---|-----|
| 5.4 Quelles sont les attentes des soignants pour leurs patients en intégrant ProxYDiab 38 dans la prise en charge éducative ? | 135 |
| 5.4.1 Acquisition de connaissances en diététique, activité physique et sur le suivi du diabète | 135 |
| 5.4.2 Acquisition de compétences par le patient..... | 135 |
| 5.4.3 Acquisition d'un savoir-faire avec adaptation du mode de vie..... | 136 |
| 5.4.4 Prise en charge globale et coordonnée avec mise en relation de tous les partenaires..... | 136 |
| 5.4.5 Des rencontres riches entre patients..... | 137 |
| 6. Quel suivi après ProxYDiab 38 ? Discussions, améliorations envisagées et attentes..... | 138 |
| 6.1 Evaluation du suivi actuel | 138 |
| 6.1.1 Le compte-rendu de fin de passage..... | 138 |
| 6.1.2 Le suivi téléphonique | 140 |
| 6.2 Attentes et propositions des praticiens..... | 141 |
| 6.2.1 Concernant le compte-rendu..... | 141 |
| 6.2.2 Concernant le suivi téléphonique | 143 |
| 6.2.3 Resollicitation des patients..... | 145 |
| 6.2.4 Autres modes de contact pour poursuivre l'interaction entre les médecins, la structure et les patients | 147 |
| 6.2.4.1 Le courrier | 147 |
| 6.2.4.2 Le téléphone..... | 147 |
| 6.2.4.3 Les mails | 148 |
| 6.2.4.4 Mise en place de réunions réunissant les acteurs de la structure et les médecins généralistes | 148 |
| 7. Relations entre ProxYDiab 38 et les praticiens. Types de relations et difficultés éventuelles | 149 |
| 7.1 Types de relations | 149 |
| 7.2 Difficultés relationnelles..... | 150 |
| 8. Quel rôle les praticiens aimeraient-ils au sein de la structure ?..... | 151 |
| 8.1 Rôle dans la structure..... | 152 |

| | |
|--|------------|
| 8.1.1 Rôle interne à la structure pour l'ETP | 152 |
| 8.1.2 Participer à l'ETP sans intégrer la structure | 153 |
| 8.2 Aucun rôle dans la structure | 153 |
| IV. PERSPECTIVES D'EVOLUTION | 154 |
| 1. Investissement de Proxydiab dans les formations concernant l'ETP pour les médecins généralistes ... | 155 |
| 1.1 Une motivation certaine des praticiens | 155 |
| 1.2 Le manque de temps et d'envie freinent la formation en ETP | 156 |
| 2. Pathologies fréquentes en médecine générale et structures ambulatoires d'ETP..... | 157 |
| 2.1 Les pathologies respiratoires..... | 157 |
| 2.2 L'obésité et les troubles du comportement alimentaire..... | 158 |
| 2.3 Les pathologies cardiovasculaires..... | 159 |
| 2.4 La cardiologie | 159 |
| 2.5 La rhumatologie..... | 160 |
| 2.6 La neuropsychiatrie | 161 |
| 2.7 La gériatrie..... | 161 |
| 2.8 Autres pathologies..... | 161 |
| DISCUSSION..... | 163 |
| I. ANALYSE CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE | 164 |
| 1. La méthode | 164 |
| 2. Limites de l'étude..... | 165 |
| 2.1 Liées au temps requis | 165 |
| 2.2 Liées à l'interviewer | 165 |
| 2.3 Liées à l'échantillonnage | 165 |
| 2.4 Liées à la méthodologie..... | 166 |
| II. ANALYSE CRITIQUE DES RESULTATS | 167 |
| 1. Représentations de l'ETP par les médecins généralistes..... | 167 |

| | |
|---|-----|
| 1.1 Perception de leur rôle et influence de la législation..... | 167 |
| 1.2 Les difficultés concernant l'ETP, évoquées lors des entretiens..... | 168 |
| 1.2.1 Les difficultés liées à la pratique de la médecine..... | 168 |
| 1.2.2 Les freins du médecin..... | 173 |
| 1.2.3 Le patient rend l'ETP parfois difficile..... | 174 |
| 1.3 Les ressources pour une approche éducative..... | 176 |
| 1.3.1 Les ressources du médecin..... | 176 |
| 1.3.2 Les ressources du patient..... | 178 |
| 1.3.3 Les soutiens éducatifs..... | 178 |
| 2. ProxYDiab 38, structure inscrite dans le parcours de soins et au sein d'un territoire ?..... | 179 |
| 2.1 Comment faire connaître la structure ? Les acquis et les évolutions..... | 179 |
| 2.2 Les qualités de ProxYDiab 38 et les freins d'accès..... | 181 |
| 2.3 Etude des patients adressés à ProxYDiab 38..... | 186 |
| 2.4 Changements perçus pour la pratique des médecins et pour les patients : discussion des indicateurs..... | 189 |
| 2.5 Attentes des médecins généralistes de ProxYDiab 38 pour leur pratique et leurs patients..... | 193 |
| 2.5.1 Une structure, partenaire et formatrice pour une approche éducative ambulatoire efficace..... | 193 |
| 2.5.2 Des patients acteurs dans la prise en charge de leur maladie..... | 197 |
| 2.6 Suivi après ProxYDiab 38 : quel relais par les médecins généralistes dans le parcours de soins territorialisé?..... | 198 |
| 2.7 Quel rôle les médecins désirent avoir dans une structure d'ETP ambulatoire ?..... | 204 |
| 2.8 Elargissement de l'offre éducative de ProxYDiab 38..... | 207 |
| III. IDEES FORTES A RETENIR DE CE TRAVAIL ET PERSPECTIVES..... | 209 |
| 1. Concernant l'ETP et les médecins généralistes..... | 209 |
| 2. Concernant l'évolution de ProxYDiab 38..... | 210 |

| | |
|--------------------|-----|
| CONCLUSION..... | 211 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 214 |
| ANNEXES..... | 220 |
| VERBATIM..... | 242 |
| RESUME..... | 328 |

GLOSSAIRE :

ADO : Antidiabétique Oral

ALD : Affection Longue Durée

ALFEDIAM : Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

BEP : Bilan Educatif Partagé

CAPI : Contrat d'amélioration des Pratiques Individuelles

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DEOS : Direction de l'Effcience et de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

E : Endocrinologue

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FMC : Formation Médicale Continue

FNPEIS : Fond National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires sociales

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale

MIG : Missions d'Intérêt Général

MG : Médecin Généraliste

NDQIA : National Diabetes Quality Improvement Alliance

OMS ou WHO : Organisation Mondiale de la Santé

SFSP : Société Française de Santé Publique

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

UTEP : Unité Transversal pour l'Education de Patients

WONCA : Société Européenne de Médecine Générale

INTRODUCTION

Le diabète touche 2,9 millions de personnes en métropole (1) soit 4.4% de la population française et dont 90% de diabète de type 2 et représente une des maladies chroniques les plus fréquentes en France.

Les risques de complications de cette maladie asymptomatique, les contraintes dans la vie quotidienne, la complexité de la prise en charge dont une fréquente polymédication, en font un modèle de maladie chronique nécessitant une prise en charge pluri-professionnelle dans laquelle l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une action pertinente.

En France, une montée en puissance de l'éducation thérapeutique du patient est amorcée. La structuration du cadre législatif (2-7) est un signe fort de la reconnaissance des bénéfices de cette approche. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2010 témoigne d'une volonté politique d'encadrer l'offre de soins et de formation en ETP.

Aujourd'hui, l'offre est presque exclusivement hospitalière alors que les maladies chroniques sont très majoritairement prises en charge en ambulatoire surtout par les médecins traitants (8). Il convient donc d'accroître très notablement l'offre ambulatoire de proximité afin que les patients puissent accéder à un programme d'ETP sans se rendre nécessairement dans un établissement de santé. De plus, face au nombre croissant de patients diabétiques, les structures en place ne permettent pas de répondre à la demande actuelle.

Le projet de ProxYDiab 38, conçu comme une offre éducative ambulatoire, est né dans ce contexte en 2009. Il propose une prestation d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 dans l'agglomération grenobloise, accessible à la demande du patient en accord avec son médecin traitant ou initialement à la demande de ce dernier.

Ainsi, le médecin traitant, un médecin généraliste dans l'immense majorité des cas, exerce un rôle central dans l'orientation du patient vers le programme le plus

adéquat et dans son suivi (8). L'éducation thérapeutique du patient est désormais intégrée aux soins de premier recours (9).

Cependant, il a été mis en évidence qu'il est nécessaire d'améliorer et de développer la communication entre les médecins généralistes, clé de voûte de la coordination des soins, et les structures spécialisées en ETP (10).

Pour toutes ces raisons, l'interaction entre le médecin généraliste et une structure éducative est un enjeu majeur dans la problématique éducative des patients.

Notre travail, sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région grenobloise vise d'une part à préciser les facteurs favorisant ou freinant l'implication des médecins dans une démarche d'ETP, intégrée au parcours de soins de leurs patients diabétiques de type 2 complétés de propositions. D'autre part, rapporter comment est perçue l'offre éducative de ProxYDiab 38 et quelles sont les améliorations à envisager pour que cette structure puisse être partie intégrante de la prise en charge du patient diabétique de type 2, en lien avec le médecin traitant.

CONCEPTS

I. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : DU MILITANTISME AU PROFESSIONALISME

Il aura fallu attendre quarante ans pour voir enfin l'éducation thérapeutique du patient (ETP) entrer dans le cadre législatif.

Phase militante pionnière s'il en est, au cours de laquelle les diabétologues ont réussi à développer ce concept novateur et à le professionnaliser. Ces dix dernières années ont permis à l'ETP de s'imposer comme un outil de prise en charge global et incontournable. Depuis 2009, l'ETP est inscrite dans la loi ce qui démontre un progrès majeur et une reconnaissance du travail entrepris (11).

Dans ce chapitre, nous redéfinirons rapidement l'ETP, aborderons l'évolution du cadre législatif et enfin la politique actuelle définissant l'ETP comme priorité de santé publique. Enfin, nous évoquerons son intégration dans les soins de premier recours selon la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de 2009.

1. Définition de l'éducation thérapeutique du patient

Cette pratique a sa place à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales et a pour but de positionner le patient comme acteur de sa santé.

En 1989, A. DECCACHE (12) propose une définition qui est intégrée dans l'éducation du patient. C'est « un processus continu, par étapes, intégré à la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant la maladie, les traitements, les soins, les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinés à aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales ».

En 1998, l'OMS Europe (13) permet de donner un cadre lexical à l'éducation thérapeutique du patient avec une définition consensuelle :

« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec la maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ».

L'éducation thérapeutique a pour objectif d'améliorer la santé perçue (qualité de vie) du patient en intégrant à son quotidien la gestion de sa maladie chronique et des stratégies thérapeutiques et comportementales associées.

La Haute Autorité de Santé (14) complète la définition en précisant que l'ETP a « pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ».

Elle est un élément indispensable de la prise en charge des maladies chroniques.

2. Evolution du cadre législatif

La volonté politique de faire de l'éducation thérapeutique l'une des priorités en matière de santé publique est marquée par une succession de textes officiels (15).

En 1980, le Comité des ministres réuni au Conseil de l'Europe déclare que toute personne a le droit de connaître l'information recueillie sur sa santé et recommande les programmes privilégiant la participation active des malades à leur traitement.

En mai 1998, l'OMS rédige les compétences attendues des soignants dans ce domaine. Ils doivent alors être en mesure d'organiser, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des activités d'éducation thérapeutique, en prenant en compte les singularités des patients, et en se centrant sur leurs apprentissages à « gérer leur maladie » dans le quotidien.

En février 1999, le *Manuel d'accréditation des établissements de santé* prévoit que le patient bénéficie « des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement et des actions d'éducation pour la santé adaptées à ses besoins ».

En 2000, la Conférence nationale de santé souligne l'intérêt de développer la prévention et l'éducation, dans une approche de promotion de la santé. Le souhait de voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient et la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des intervenants du domaine de la santé est mentionné.

La loi du 4 mars 2002 affirme le droit de toute personne d'accéder aux informations relatives à sa situation de santé et d'être reconnue comme un acteur partenaire de sa santé avec les professionnels.

En avril 2007, un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques énonce quatre objectifs : aider chaque patient à mieux

connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la pratique médicale vers la prévention, faciliter la vie quotidienne des malades, mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.

En juin 2007, un guide méthodologique présente les éléments fondamentaux de « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ».

En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est consacrée à l'éducation thérapeutique du patient. Elle est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique.

3. Education thérapeutique du patient et la loi HPST

Depuis 2009, l'ETP est inscrite dans le code de la santé publique (art. L.1161-1 à L.1161-4). Elle a fait l'objet de l'article 84 du titre III de la loi (n°2009-879) du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (3).

L'article 84 a pour objectif de définir le champ de l'ETP dans un souci de qualité et de proximité pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant la qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.*

Ce texte vise à développer les programmes d'éducation thérapeutique du patient : ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

Ils doivent être conformes au cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre de la santé (7). Ils sont dispensés par des personnes dont les compétences nécessaires seront déterminées par décret (4,5).

La loi précise que les promoteurs des programmes actuels avaient jusqu'au 1^{er} janvier 2011 pour déposer leur demande d'autorisation auprès de l'Agence régionale de santé (ARS). Tout nouveau promoteur peut déposer, à tout moment, une demande d'autorisation.

L'article 84 prévoit que ces programmes seront évalués par la Haute Autorité de Santé.

Ce texte impose également le principe d'interdiction de tout contact direct entre le patient ou son entourage et l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament ou la personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical in vitro prenant part à ces programmes.

L'article 84 vise également à structurer les actions d'accompagnement des patients et à encadrer les programmes d'apprentissage, deux champs contributifs de l'éducation thérapeutique du patient qui ne relèvent pas de ce cahier des charges.

L'ensemble de ces actions doit concourir à améliorer la santé du patient et sa qualité de vie ainsi que celle de ses proches.

On ne peut que se réjouir de cette avancée et cette reconnaissance de l'ETP comme priorité nationale. Cependant, maintenant intégrée aux soins de premiers recours, l'ETP se doit d'être harmonisée (au moins à l'échelle d'un territoire) pour se développer de façon pérenne.

II. COMMENT STRUCTURER UNE OFFRE EDUCATIVE SUR UN TERRITOIRE

1. L'organisation territoriale du système de santé (2)

Cette organisation est détaillée dans le quatrième titre de la loi Hôpital Patients Santé Territoire. Ce titre a principalement pour objet de créer les Agences Régionales de Santé (ARS), nouvelles autorités responsables du pilotage du système de santé en région. L'objectif est de mieux ancrer l'organisation dans les territoires et de davantage décentraliser, au plus proche des besoins du patient.

Les missions et les champs d'intervention des ARS sont multiples (2, 16).

Les trois champs d'intervention comprennent :

- La prévention et la conduite des politiques de prévention ;
- L'offre de soins avec l'organisation des soins pour la médecine de ville et l'hôpital ;
- L'accompagnement médico-social avec le pilotage de la politique régionale.

Plus largement, les deux grandes missions de l'ARS :

- Le pilotage de la politique de santé publique en région. L'ARS est chargée de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique comprenant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé mais aussi la veille et la sécurité sanitaire ;
- La régulation de l'offre de santé en région sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé. Les ARS sont désormais l'interlocuteur incontournable des acteurs de santé avec une représentativité des professionnels de santé libéraux.

La dimension territoriale est essentielle. Ainsi, l'ARS dispose d'outils pour agir sur les secteurs ambulatoires, hospitaliers. La mission SAOUT (17) identifie les ARS comme structures de coordination, avec pour missions la sélection des programmes et leur évaluation, l'habilitation des équipes éducatives et le maillage territorial de l'offre. C'est le financeur unique régional de l'ETP.

De plus, la direction de l'efficience et de l'offre de soins (DEOS) a pour objectif d'assurer l'accès à des soins de proximité et spécialisés délivrés en ville et dans les établissements de santé. Elle contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme régional de santé avec le pilotage du schéma régional de l'offre de soins intégrant désormais un « SROS soins de ville » (16). Ce nouveau volet vise notamment à inciter à une meilleure organisation et répartition territoriale des soins délivrés par les professionnels de santé.

2. La structuration d'une offre d'éducation thérapeutique

2.1. Sur un territoire

L'article 84 a pour objectif de définir le champ de l'ETP dans un souci de qualité et de proximité pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques (3).

La structuration et la mise en place au sein du territoire sont décidées par le biais des ARS. Les ARS ont pour objectif de politique régionale de santé, la simplification et la clarification de l'organisation sanitaire actuelle. L'objectif est de fixer l'organisation des soins. Ainsi, les ARS évaluent les programmes d'ETP et labellisent les équipes sur la base d'un cahier des charges national, élaboré sous la responsabilité de l'INPES (17).

Ce cahier des charges national (18) pour la mise en œuvre de programmes d'ETP reprend l'intégration des structures d'ETP au sein du territoire. Il est précisé

que l'équipe d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire travaille en étroite collaboration avec les acteurs de la prise en charge médico-psycho-sociale de la personne vivant avec une maladie chronique.

Le programme d'ETP est intégré à la prise en charge thérapeutique et la coordination des différents acteurs impliqués dans le programme d'ETP est nécessaire. La cohérence de l'ETP et sa continuité s'appuient sur le partage d'information entre les différents intervenants. De plus, il faut permettre à d'autres professionnels d'intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de ses proches ou des professionnels de santé.

2.2. Structuration d'un programme

Un programme structuré d'ETP est entendu comme un ensemble coordonné d'activités d'éducation, animées par des professionnels de santé ou une équipe, avec le concours d'autres professionnels de représentants des patients, et destiné aux personnes vivant avec une maladie chronique et à leur entourage.

Le programme d'ETP doit être fondé à la fois sur :

- Une approche globale de la personne, de sa situation, des effets de la maladie et des traitements sur sa vie ;
- Une relation d'aide, d'écoute et d'empathie ;
- Une adaptabilité aux besoins de la personne vivant avec une maladie et à leur évolution dans le temps.

Il est basé donc sur la multidisciplinarité des intervenants, le lien entre les acteurs, la définition du rôle de chaque intervenant et la contractualisation des acteurs. Cette structuration est reprise dans le guide méthodologique de l'HAS (19).

Les critères suivants (18) sont nécessaires à la recevabilité d'un programme éducatif :

- La multidisciplinarité des intervenants : l'équipe doit comprendre au moins deux intervenants de professions différentes, dont un professionnel de santé ;
- La formation des intervenants à l'ETP ou avoir une expérience de plus de deux ans ;
- La coordination au sein du programme ;
- L'information du médecin traitant qui coordonne la prise en charge du patient ;
- La définition d'objectifs personnalisés avec le patient ;
- Un support d'information sur le programme remis au patient ;
- Un dossier d'ETP avec les interventions des professionnels de santé et les décisions prises avec le patient ;
- L'évaluation individuelle.

III. OFFRES DE SOINS EN EDUCATION THERAPEUTIQUE SUR LA REGION GRENOBLOISE

L'ETP s'est développée en France depuis une vingtaine d'années de façon non structurée et non coordonnée, par l'initiative de professionnels convaincus de l'intérêt de développer de tels programmes pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies chroniques. L'offre s'est développée essentiellement à

l'hôpital, un lieu où exercent les professionnels concernés et permettant, seul, de disposer de moyens logistiques (8)

D'autres opérateurs sont ensuite apparus : réseaux diabète surtout, plus marginalement maisons de santé, assurance maladie et assureurs complémentaires, associations de patients, professionnels de santé. Le financement en milieu hospitalier a été assuré par l'intermédiaire des missions d'intérêt général (MIG) ou par la tarification à l'activité, sans qu'aucune évaluation soit disponible pour s'assurer que les sommes allouées ont été réellement utilisées pour développer l'ETP. En ambulatoire, les financements sont non pérennes et basés essentiellement sur l'expérimentation, ce qui pénalise le déploiement de l'ETP.

Dans ce contexte, Denis JACQUAT (8) fait un état des lieux de l'offre en ETP en France. Les promoteurs des programmes d'ETP sont à ce jour (20, 21) :

- Les établissements de santé essentiellement publics ;
- Les structures d'hospitalisation à domicile ;
- Les réseaux de soins ;
- Les prestataires de santé à domicile ;
- Les organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, MSA, mutualité française) ;
- Les associations de patients ;
- Les maisons de santé pluridisciplinaires ;
- Les professionnels de santé libéraux ;
- Les collectivités territoriales via les centres municipaux de santé ;
- Les entreprises pharmaceutiques ;
- Les organismes privés spécialisés dans l'ETP et/ou l'accompagnement.

En ce qui concerne la région grenobloise, les mêmes promoteurs d'ETP peuvent être cités. Nous aborderons ainsi le CHU de Grenoble, les réseaux de la région et enfin ProxYDiab 38, structure ambulatoire innovante.

1. Le CHU de Grenoble

L'éducation thérapeutique des patients est née à l'hôpital (8). Ceci pour plusieurs raisons :

- La pluri-professionnalité des équipes ;
- Les crédits peuvent être dégagés par les hôpitaux ;
- Des temps d'hospitalisation propices à l'éducation.

L'éducation thérapeutique des patients diabétiques sur Grenoble entreprise au début des années 80, y est véritablement structurée depuis 1987 (22). Le séjour est programmé en dehors d'une phase aiguë en hôpital de semaine avec organisation de modules en petit groupe. Elle est assurée par une équipe médicale et paramédicale dédiée. Environ trois cent cinquante patients par an sont accueillis dans le service de diabétologie. De plus, la particularité de Grenoble a été son adaptation à la population maghrébine qui représente 30% des hospitalisations en 2006. De ce fait, un médiateur culturel interprète pour ces patients de culture orale. Ces patients consultent très peu les spécialistes mais sont suivis par le médecin généraliste.

Cette offre éducative a évolué au fil du temps en se consacrant de plus en plus dans la prise en charge éducative des patients diabétiques de type 1. La question du financement est à prendre en considération car nécessaire pour la pérennité de cette prise en charge.

2. Les réseaux de soins

En ambulatoire, de nombreux réseaux sont nés. L'objectif des réseaux de santé est d'avoir une meilleure prise en charge coordonnée des maladies chroniques en recherchant une coopération et une complémentarité entre les structures sanitaires, les établissements de santé, le secteur libéral et les structures médico-sociales.

Cette définition est reprise dans le code de santé publique (23). « Les réseaux ont pour objet 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, pathologies 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 sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

Il s'agit d'une collaboration entre professionnels de santé ne se limitant pas à une offre éducative. Ces réseaux ont un coût de fonctionnement élevé et peuvent être fastidieux pour les médecins traitants.

Dans la région grenobloise, il n'existe pas de réseau s'occupant du diabète.

Soutenant l'action des professionnels de santé engagés depuis plusieurs années dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient, les réformes législatives du système de soins ont incité à améliorer la prise en charge des maladies chroniques en ambulatoire. Elles ont permis la mise en œuvre d'expérimentations d'éducation thérapeutique. Leur maintien dans le temps, malgré leur grande précarité institutionnelle témoigne de leur pertinence.

C'est dans ce contexte que ProxYDiab 38 est né en 2009. La structure du CHU ne pouvant couvrir les besoins en éducation thérapeutique des très nombreux patients diabétiques de type 2, constatant, de plus, la difficulté pour nombre de patients de se rendre à l'hôpital, l'idée a émergé et s'est concrétisée. L'équipe du CHU a répondu à un appel d'offre de la Direction Générale de la Santé alors à la recherche d'innovations dans l'organisation des soins pouvant constituer un modèle de portée nationale. Ce projet d'éducation thérapeutique, ambulatoire, pour les patients diabétiques de type 2 est ainsi une prestation éducative authentiquement novatrice.

Cette structure de proximité, s'inscrit dans une réflexion d'offre éducative coordonnée puisque territorialisée. Elle se distingue d'un réseau de soins par sa simplicité, son accès aisé pour le patient, organisation modulaire en centre ville et très peu de contraintes d'utilisation pour le médecin traitant. Elle se positionne donc de façon complémentaire de celle proposée par l'hôpital qui accueille les diabétiques de type 1 ou les patients diabétiques de type 2 insulino-traités par multi-injections.

3. ProxYDiab 38

ProxYDiab 38 est une offre éducative de proximité destinée aux patients diabétiques de type 2 sur le bassin grenoblois.

Il s'agit d'une association à but non lucratif loi 1901, inscrite au journal officiel. Cette expérience pilote est une offre ambulatoire d'éducation thérapeutique en enlevant la lourdeur et la complexité d'un réseau.

Son financement provient de fonds publics du ministère de la santé, non pérennes, et de fonds complémentaires privés. Aucune participation financière n'est demandée aux patients et aucune facturation n'est faite à l'assurance maladie.

L'objectif de cette Unité Educative du Diabète de Proximité (UEDP) est de proposer une éducation thérapeutique adaptée aux besoins des patients dont les thématiques pivots : « diététique » et « activité physique », intégrant aussi une prise en compte du vécu et des représentations de la maladie et le contexte psychosocial du patient.

Cette structure s'adresse :

- Aux patients diabétiques de type 2 ;
- Traités ou non par antidiabétiques oraux, avec au maximum une injection d'insuline par jour ;
- Ayant souhaité et/ou accepté un accompagnement éducatif pour la gestion de leur diabète (compréhension de la maladie pour un meilleur suivi, approfondissement des connaissances sur la diététique, l'activité physique, conseils infirmiers...);
- Patient comprenant le français et pouvant participer à des échanges oraux.

Le profil type des patients a donc été ciblé afin de proposer des actions éducatives de qualité répondant aux attentes et aux besoins des patients. L'objectif étant d'homogénéiser les attentes et les besoins des patients lors des ateliers de groupe. Les patients ne répondant pas aux critères d'inclusion de ProxYDiab 38 sont réorientés vers des offres plus adaptées, en particulier hospitalières.

L'objectif de la structure est de :

- Proposer une offre d'éducation thérapeutique de proximité aux diabétiques de type 2 ;
- Permettre au patient de mieux comprendre sa maladie, ses traitements ;

- Améliorer l'équilibre métabolique (glycémie, lipides) et la qualité de vie des patients ;
- Apporter des conseils diététiques, pratiques, d'équilibre alimentaire et favoriser l'activité physique ;
- Apprendre à maîtriser les gestes nécessaires afin de prévenir les complications (hygiène des pieds, autocontrôles glycémiques et injections) ;
- Favoriser une meilleure coordination du parcours de soin des personnes diabétiques sur notre région.

Cette structure s'appuie sur une équipe paramédicale formée au diabète et à l'éducation thérapeutique, coordonnée par un médecin diabétologue. Le comité de pilotage et de coordination est composé d'un président (professeur diabétologue au CHU de Grenoble), d'une secrétaire générale (pharmacien hospitalier) et d'une trésorière (cadre de santé hospitalière).

L'équipe de terrain est pluri-professionnelle et est composée :

- D'un médecin diabétologue, médecin coordinateur (4 demi-journées);
- De deux diététiciennes (2 mi-temps);
- D'une infirmière diplômée d'état (1 mi-temps);
- De deux éducatrices en activité physique et sportive adaptée (APA), (2 mi-temps), regroupant l'ensemble des activités physiques et sportives adaptées aux capacités de la personne ;
- D'une secrétaire (0.6 ETP);
- Des partenaires paramédicaux : sophrologue, podologue et psychologue (interventions ponctuelles).

Le programme éducatif de ProxYDiab 38 suit, non seulement, les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la mise en place d'une éducation thérapeutique du patient (19), mais aussi, le cahier des charges proposé par l'ARS (7).

Ce programme éducatif visant à répondre, au mieux, aux attentes des patients, identifiées lors des premiers mois d'activité, il ne fut donc pas figé et a évolué pour s'adapter aux attentes et remarques des premiers patients et des médecins traitants.

C'est pourquoi le temps de travail de l'équipe a inclus des sessions de réflexion et d'ajustements progressifs sur les pratiques. L'objectif est d'améliorer les outils de travail, de mieux structurer les ateliers et d'évaluer les pratiques professionnelles (collectives et individuelles).

De plus, l'équipe de ProxYDiab 38 a été initialement supervisée par une professionnelle de l'ETP et de la mise en route d'une structure ancrée sur un territoire de santé, puis a suivi ensuite une formation prolongée en éducation thérapeutique comme le spécifie la loi HPST(6).

De façon concrète, le programme éducatif comprend : (24)

- Des temps individuels (bilan éducatif partagé : BEP) :

Ils sont assurés par un soignant « référent » (infirmière, APA ou diététicienne). Le patient sera suivi par le même soignant au cours de chaque bilan éducatif partagé. Une grille d'entretien est utilisée pour la réalisation de ces séances et est conservée dans le dossier « éducatif » de ProxYDiab 38.

- Le bilan éducatif partagé n°1 :

Il dure environ une heure, suivi de trente minutes de synthèse par le soignant référent. Il a pour objectif de « faire connaissance » avec le patient : recueil d'informations générales (médicales et psychosociales), exploration du vécu de la maladie, dépistage des freins à la prise en charge et évaluation du niveau de motivation. Cet entretien permet d'identifier les attentes et les besoins du patient, de formuler les objectifs à atteindre.

Il permet de poser les bases du bilan éducatif partagé et sert de support à l'élaboration des ateliers de groupe lors de sa préparation par les animateurs.

Le patient lors de cet entretien fixe ses objectifs à atteindre et avec quels ateliers il compte y parvenir.

- Bilan éducatif partagé n°2 :

Il dure une demi-heure avec un quart d'heure de synthèse pour le tuteur. Il a pour objectif de recueillir le ressenti du patient après les plusieurs ateliers de groupe, d'identifier les changements comportementaux déjà réalisés ou envisagés. Lors de cette rencontre, le patient décide de participer ou non à d'autres ateliers et ainsi de fixer de nouveaux objectifs.

- Bilan éducatif partagé n°3 :

Il dure environ une demi-heure, suivi d'un quart d'heure de synthèse pour le tuteur.

Il permet de recueillir le ressenti du patient après les séances de renforcement, de convenir d'objectifs à mettre en œuvre et d'identifier les ressources extérieures possibles pour maintenir les changements comportementaux.

A la fin de ce dernier entretien, le soignant référent et le patient conviennent des objectifs par écrit sur une fiche pour le patient.

En fin de parcours, un compte-rendu de la prise en charge du patient est réalisé par le tuteur et le médecin. Il est remis au patient et avec son accord transmis à son médecin traitant et à son diabétologue (s'il en a un).

- Des ateliers de groupe :

Ils sont au nombre de onze regroupant trois thèmes :

- Les mécanismes de la maladie et les traitements ;
- La diététique ;
- L'activité physique.

Les groupes sont composés de huit personnes maximum afin d'être dans une dynamique d'échange et non pas de cours magistral. L'entourage des patients peut participer aux différents ateliers.

- Atelier n°1 : « Le diabète de type 2, c'est quoi ? Comment je vis avec ? » :

Cette séance est co-animée par deux personnes, un soignant et un médecin diabétologue. Il dure trois heures.

Les outils utilisés sont le bodylink, la table ronde et le métaplan.

La séance est préparée par les animateurs et centrée sur les attentes et les besoins du groupe identifiés lors des bilans éducatifs partagés par les tuteurs. Le scénario diffère donc suivant les groupes. Les thématiques abordées sont les représentations du diabète, le retentissement du diabète sur la vie quotidienne. La prévention des complications, le suivi et la

surveillance du diabète sont aussi des thèmes discutés. Cet atelier est une aide pour prendre conscience de la maladie. Les attentes centrées sur la diététique et l'activité physique sont traitées dans les ateliers suivants.

Cet atelier débute par une table ronde sur le vécu des patients, leur permettant de se présenter comme ils le désirent. Cette table ronde fait resurgir de nouvelles attentes, qui sont alors incluses dans le scénario préétabli.

- Atelier n°2 : « Pourquoi tous ces médicaments ? C'est bon pour moi ? Comment agissent-ils ? » :

Cette séance est réalisée par un médecin diabétologue ou un pharmacien d'officine. Il dure deux heures.

Les outils utilisés sont la table ronde, le bodylink. Des boîtes de médicaments et des fiches de médicaments sont remises à la fin.

Cet atelier a pour objectif de faire prendre conscience aux patients de l'intérêt des traitements en complément de la diététique et de l'activité physique lorsqu'elles sont insuffisantes.

- Atelier n°3 : « La technique d'injection (insuline et Glp1) » :

Cet atelier est animé par un médecin diabétologue et une infirmière. Il dure une heure et entre trois à six patients peuvent participer.

Cet atelier doit permettre au patient de maîtriser la technique d'injection (insuline et Glp1), de connaître la cinétique des différentes insulines et d'aborder les risques de l'hypoglycémie. Ce moment est aussi très important dans la prise en charge du diabète avec l'évocation des représentations des patients sur l'insuline. Les difficultés des patients vis-à-vis des injections peuvent être prises en compte lors de cet atelier.

- Atelier n°4 : « Je suis diabétique, comment prendre soin de moi ? Quand dois-je aller voir mon médecin ? Quand dois-je faire mes examens et pourquoi ? » :

Cet atelier est co-animé par un médecin diabétologue et une infirmière. Il dure deux heures. Un jeu de rôle sera mis en place dans le cadre de la pédagogie.

L'objectif est de faire prendre conscience de l'intérêt de la surveillance, qu'elle soit médicale ou biologique. A l'issue de l'atelier, le patient doit maîtriser son suivi et avoir pris conscience de la prévention des complications par ce biais. Ainsi, l'hémoglobine glyquée (HbA1c), le suivi ophtalmologique, cardiologique, néphrologique seront abordés.

- Atelier n°5 : «Hypoglycémie, hyperglycémie. Qu'est ce que je fais ? J'ai un lecteur : à quoi ça me sert ? » :

Cet atelier dure deux heures. Chaque patient apporte son lecteur de glycémie.

La technique de glycémie capillaire est abordée avec aide pour l'interprétation.

Trois ateliers sont consacrés à la diététique. Ils ont été modifiés en fonction des retours des patients. Plusieurs problématiques ont été mises en évidence : un manque de pratique dans les ateliers, des difficultés d'ordre comportemental vis-à-vis de leur alimentation et enfin, des contraintes dans le domaine alimentaire.

Ainsi une diversification des ateliers est proposée afin de mieux répondre aux attentes des patients. Les patients pourront choisir les ateliers qu'ils souhaitent, participer plusieurs fois à un même atelier de groupe. Ils pourront aussi demander un entretien individuel diététique.

○ Atelier n°6 : «J'ai du diabète, qu'est-ce-que je peux manger ?» :

Cet atelier est animé par une diététicienne. Il dure trois heures. L'objectif est de compléter les connaissances théoriques des patients sur l'équilibre alimentaire, leur permettre de redécouvrir les bases de l'équilibre alimentaire.

Il permet de connaître les fréquences, les quantités de consommation recommandées pour les aliments des différents groupes, leur impact sur la santé. A l'issue de cet atelier, les participants doivent être capables de composer un menu équilibré.

La construction de cet atelier est réalisée en fonction des attentes du groupe.

○ Atelier n°7 : «Et si manger était un plaisir ? »:

Cet atelier dure deux heures. Il est animé par une diététicienne et une psychologue.

Il permet d'échanger sur le vécu, les émotions des patients par rapport à leur alimentation.

Les techniques pédagogiques utilisées sont le photolangage, les jeux de rôle, un atelier du goût.

○ Atelier n°8 : «Composons nos menus»:

Cet atelier est animé par deux diététiciennes et dure deux heures. Il est divisé en deux parties. La première permet d'établir un choix de menu avec la liste de course correspondante. Une fois les courses réalisées, les patients cuisinent le repas et le dégustent ensemble. L'objectif de ce huitième atelier est d'être capable de réaliser un repas équilibré en choisissant des recettes, en maîtrisant des techniques culinaires adaptées.

Il permet de favoriser les échanges entre patients dans un cadre convivial.

A l'issue de ces trois ateliers diététiques, un entretien individuel peut être réalisé pour donner des conseils diététiques individualisés en lien avec les besoins spécifiques de certains patients.

Enfin, l'offre des ateliers en activité physique adaptée (APA) a évolué pour proposer des ateliers se rapprochant le plus possible des besoins exprimés par les patients. Les objectifs globaux des ateliers en APA sont nombreux :

- Fournir aux patients des outils pouvant les aider dans leur démarche de réflexion vis-à-vis de leur activité physique. Les séances ont pour objectif de travailler sur les représentations de l'activité physique, d'apporter des connaissances sur les bénéfices de l'activité physique et les modalités de pratique recommandées. Cette séance permet de travailler sur les processus de maintien ou de changement de comportement vis-à-vis de l'activité physique ;
- Sensibiliser, informer sur l'intérêt d'un test à l'effort en termes de bilan cardiaque et d'individualisation de l'intensité d'effort ;
- Les accompagner dans les premiers pas de l'action ;
- Aider les patients à gérer le risque de l'hypoglycémie en cas d'activité physique.

Ces objectifs seront atteints par la mise en place de trois ateliers d'échanges en groupe, trois ateliers pratiques et d'un entretien individuel à la demande.

- Atelier n°9 : «Activité physique ? Sport ? Que faire pour le diabète ?»:

Cet atelier de groupe est animé par une éducatrice en APA pendant deux heures. Les objectifs sont de faire évoluer les représentations de l'activité physique chez des patients qui n'aiment pas l'activité physique, qui disent ne pas en faire et qui l'assimilent à la notion de sport. Le bodylink, la

pyramide de l'activité physique, le continuum de l'activité physique, le métaplan sont les principaux outils utilisés pour la pédagogie.

○ Atelier n°10 : «L'activité physique : où j'en suis aujourd'hui?»:

Cet atelier dure trois heures et est animé par une éducatrice en APA. L'objectif de ce dixième atelier est de fournir une aide dans l'évaluation de sa propre activité physique et dans le choix d'une activité, d'identifier les bénéfices sur le diabète.

Pour cela, les effets bénéfiques de l'activité physique au niveau physiologique, le type d'exercice recommandé dans le diabète de type 2 et la réflexion autour du choix d'une activité sont abordés. La notion de plaisir, de bien-être mental, physique et social est essentielle.

Cet atelier s'adresse aux patients qui ne savent pas comment faire une activité physique efficace, qui ne font pas le lien entre activité physique et diabète.

Les outils utilisés sont le bodylink, les échanges avec les patients et les courbes de consommation des substrats énergétiques à l'effort.

○ Atelier n°11 : «Pratiquer une activité physique régulière : qu'est-ce qui peut m'aider?»:

Les objectifs de l'atelier sont d'identifier les ressources pour pratiquer une activité physique régulière, identifier les ressources externes et internes, sensibiliser sur l'intérêt d'un test à l'effort et réfléchir comment s'adapter en fonction des conditions climatiques. La table ronde permet les échanges entre les patients.

Cet atelier de deux heures est animé par une éducatrice en APA.

Trois ateliers de pratique de la marche font suite à ces ateliers théoriques en groupe. L'accompagnement dans les premiers pas d'une activité physique, l'évolution des représentations de l'activité physique, l'identification de sites adaptés pour la marche et l'autonomisation du patient quant au matériel nécessaire lors d'une activité physique sont abordés. Ainsi, une mesure glycémique avant et après l'heure de marche sera réalisée pour évoquer les effets sur le diabète. L'importance d'avoir un minimum de matériel avant de partir sera expliqué.

Concrètement, ces ateliers pratiques se déclineront de la façon suivante :

- Un atelier de deux heures « marcher ensemble dans un parc de la ville » avec deux personnes de ProxYDiab 38 ;
- Un atelier de trois heures « se balader ensemble dans la verdure aux portes de la ville » ;
- Un atelier d'une journée, « partager une journée en montagne » avec deux éducatrices de ProxYDiab 38 et un guide de moyenne montagne spécialisé dans l'APA.

Enfin, un atelier sous forme d'entretien individuel de trente minutes dont l'objectif est d'individualiser l'intensité d'effort et répondre aux questions personnelles non abordées est proposé aux patients.

Le programme éducatif contient donc onze ateliers de groupe, des temps individuels mais aussi un atelier avec l'infirmière en individuel, d'une heure, pour aborder l'autosurveillance glycémique, la technique d'injection.

Des ateliers payants sont aussi proposés. Ils sont animés par un podologue, une psychologue et une sophrologue pour l'aide à la prise en charge du diabète.

Un suivi téléphonique semestriel est réalisé pendant un an. Son but est double : évaluer la réalisation des objectifs fixés et soutenir le patient dans sa motivation.

Un compte-rendu du déroulement du programme (diagnostic éducatif, synthèse des actions entreprises et objectifs négociés) est réalisé. Il est adressé au patient et, avec son accord, à son médecin généraliste et à son diabétologue (s'il en a un).

Le patient est libre de le faire partager à d'autres professionnels de santé qui l'entourent. Ce compte-rendu a pour objectif de créer un lien entre les différents professionnels de santé dans le parcours de soins. Il doit permettre de poursuivre l'accompagnement éducatif auprès du patient à la sortie d'une telle structure.

Le patient peut être sensibilisé à ProxYDiab 38 par tous les professionnels de santé intervenant dans son parcours de soins : médecin généraliste, diabétologue, autres spécialistes (cardiologue, angiologue, ophtalmologue, néphrologue, ...), pharmacien, professionnels paramédicaux (infirmières, podologue, diététicienne, ...) mais aussi par voie de presse ou par l'intermédiaire d'autres patients.

Dans tous les cas, le médecin généraliste est informé de la participation du patient et son accord est souhaité s'il n'est pas le soignant adressant, afin de placer ce dernier au centre de la prise en charge et de faciliter l'accompagnement et le suivi.

L'accès à l'offre a été pensé pour être le plus simplifié possible, tout en essayant d'obtenir un minimum d'informations utiles pour la prise en charge éducative. Ainsi, le soignant adressant le patient remplit une « plaquette patient » ou « flyer » qui servira lors de l'inscription du patient à ProxYDiab 38 (Annexe 1).

Les patients contactant directement ProxYDiab 38 sont guidés dans les démarches à accomplir pour pouvoir s'inscrire. L'attitude initiale est de réorienter le

patient vers son médecin généraliste ou diabétologue pour discuter de sa participation au programme.

De plus, un journal a été créé au sein de ProxYDiab 38 pour informer les différents correspondants des nouveautés, des changements au sein de la structure.

Depuis novembre 2009, trois cent cinquante patients ont participé.

La structure de ProxYDiab 38 a été pensée et proposée telle quelle. L'étape actuelle consiste maintenant à enrichir le partenariat initié avec les professionnels de santé lors de ce début d'activité. De ce fait, la structure n'est pas figée et il appartient à l'équipe de la faire évoluer en fonction des besoins, des attentes et des suggestions des patients et professionnels de santé en relation avec ProxYDiab 38.

Une thèse concernant l'étude de faisabilité de ProxYDiab 38 a été réalisée en novembre 2010 (25).

Les résultats concernant l'activité, l'impact de la structure sur l'HbA1c ainsi que l'intégration dans le secteur de soins ont été donnés. Une meilleure intégration dans les secteurs de soins, des réunions de sensibilisation ainsi qu'une collaboration avec des structures sociales ont été mises en place suite aux différents résultats.

Au total, soixante trois médecins généralistes et vingt diabétologues adressent des patients à ProxYDiab 38. Cent quatre vingt médecins correspondent avec ProxYDiab 38 par le double des courriers, la participation à des réunions et envoi de la ProxYNews (journal de ProxYDiab 38). Une collaboration spécifique avec les centres de santé de Grenoble permet l'intégration de la structure dans le territoire de soins avec mise en place de projets communs autour de la santé.

Face à ces conclusions, des perspectives se profilent avec une nécessité de continuer à faire évoluer le programme éducatif en étoffant les partenaires, en organisant des réunions avec les professionnels du territoire. A terme,

l'élargissement géographique et l'élargissement des pathologies centrées sur le métabolisme et l'ETP est une idée à concrétiser.

La pérennité d'un tel dispositif repose sur une action éducative de qualité, une communication réfléchie et un élargissement des objectifs afin de positionner ProxYDiab 38 comme une prestation éducative de qualité pour les acteurs de santé du territoire. Les attentes existantes des patients et des soignants sont essentielles pour une adaptabilité permanente.

Cependant, des freins sont à prendre en considération. L'adaptabilité permanente concernant le contenu du programme, l'organisation, les contraintes logistiques ne sont pas toujours faciles. De plus, la nécessité de créer du lien avec le territoire en inventant des stratégies de communication, en assurant la continuité du partenariat avec les professionnels de santé du territoire est aussi une difficulté.

Heureusement, l'équipe de ProxYDiab 38 est adaptable et pluri-professionnelle ce qui en fait un point fort. Les temps de formation et de travail en équipe ainsi que les actions de communication auprès des acteurs médicaux sont des leviers pour la pérennité de cette structure d'éducation ambulatoire.

IV. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : DEFINITION, LEGISLATION ET PRATIQUE

En 2002, la WONCA-Europe propose une définition consensuelle définissant la discipline de médecine générale et décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste (26).

En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (2,9) propose que le médecin traitant soit la clef de voûte pour la prise en charge des patients et que l'éducation thérapeutique soit intégrée aux soins de premier recours.

Dans cette partie nous aborderons la définition consensuelle de la médecine générale, du médecin généraliste et étudierons l'investissement des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique en s'appuyant sur ce cadre consensuel.

1. Définitions

1.1. Médecine générale-Médecine de famille

La médecine générale est « *une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* » (26).

Les caractéristiques centrales définissant la médecine générale sont énoncées dans ce texte et sont au nombre de onze :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ;
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ;
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ;

- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ;
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ;
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient ;
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide ;
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ;
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ;
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Ces caractéristiques définissent la discipline et se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en *six compétences fondamentales* (26) :

1. La gestion des soins de santé primaires ;
2. Les soins centrés sur la personne ;
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes ;
4. L'approche globale ;

5. L'orientation communautaire ;
6. L'adoption d'un modèle holistique.

Le médecin généraliste applique ces compétences dans *trois champs d'activité* :

- La démarche clinique ;
- La communication avec les patients ;
- La gestion du cabinet médical.

Enfin, *trois dimensions fondamentales* doivent être considérées dans cette discipline scientifique centrée sur la personne (26) :

- *Contextuelle* : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture ;
- *Comportementale* : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique ;
- *Scientifique* : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

1.2. Médecin généraliste - Médecin de famille

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la

négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » (26).

2. Le médecin généraliste et la législation

Les rôles du médecin généraliste sont encadrés par la législation. Nous aborderons principalement la mission du médecin généraliste en éducation thérapeutique du patient à travers différentes lois.

2.1. Convention nationale des médecins généralistes (27)

Cette convention de 2005 met en place la réforme concernant le médecin traitant. Ce médecin traitant est dans la plupart des cas le médecin généraliste (99.5%) (9).

Les missions du médecin traitant sont reprises et concordent avec celles du médecin généraliste :

- assurer le *premier niveau de recours aux soins* ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonné et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;

- assurer les *soins de prévention* (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé.

2.2. Code de santé publique : article L4130-1 (28)

Cet article du code de la santé publique paru en juillet 2009 insiste sur l'importance du rôle éducatif du médecin généraliste de premier recours.

Ses missions sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

2.3. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

La loi HPST a été élaborée à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges. *Cette loi est un projet d'organisation sanitaire pour permettre à terme de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.*

Le texte de loi a été promulgué le 21 juillet 2009. Les missions du médecin généraliste sont reprises et des propositions apparaissent dans cette loi en insistant sur la prévention, la santé publique et l'éducation thérapeutique du patient (2).

3. Le médecin généraliste et la pratique de l'éducation thérapeutique du patient

3.1. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours

Le Haut Conseil de la santé publique publie un rapport, en novembre 2009, concernant *l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours* (9).

Les initiatives visant à développer l'éducation thérapeutique des patients se multiplient en raison de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques.

C'est ainsi qu'une part importante du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 est consacrée à l'ETP (29). Ce plan prévoit d'intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique, de rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville, de mettre les outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants.

Pour ce faire, l'implication du médecin traitant généraliste est essentielle. En effet, l'Assurance-maladie déclare que « *le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention dont a besoin le patient* » et il en « *coordonne le parcours de soins* » (27).

Dans ce rapport, la participation des médecins généralistes est proposée sous diverses formes. La typologie en est la suivante :

- Le médecin généraliste prescrit l'éducation thérapeutique et délègue cette activité à d'autres professionnels. Dans ce cas, le suivi éducatif à moyen et long terme n'est pas assuré.
- Le médecin généraliste initie ou réalise le bilan éducatif partagé puis oriente le patient vers des activités éducatives individuelles. Ce modèle respecte le rôle de coordination des soins dévolu au médecin traitant mais il nécessite des activités d'éducation thérapeutique à proximité.
- Le médecin généraliste aménage des consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'éducation thérapeutique. La question du mode de rémunération est soulevée pour ce modèle.
- Le médecin généraliste anime également des séances collectives d'éducation thérapeutique dans le cadre de réseaux par exemple.
- Le médecin généraliste n'opère pas de distinction formelle entre ses activités de soin et d'éducation. Ce modèle intègre pleinement l'ETP aux soins mais nécessite une formation médicale adaptée.

3.2. Etat actuel des pratiques d'ETP chez les médecins généralistes

Le baromètre santé des médecins généralistes 2009 (30), est une enquête périodique auprès des médecins généralistes libéraux en France. Elle évalue l'opinion, les attitudes et les pratiques déclarées par les médecins généralistes concernant la prévention de l'ETP.

Les médecins déclarent avoir une pratique éducative fondée en priorité sur l'information et le conseil. 57,6% des médecins informent et conseillent les patients

systématiquement, 37,7% souvent. L'étude ENTRED 2007-2010 (1) met en évidence que les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans l'éducation de leurs patients diabétiques. Ils doivent coordonner l'ensemble de la démarche, suivre les acquis des patients, repérer leurs besoins, les soutenir sur le plan psychosocial.

De plus, ils ont un rôle pour orienter leurs patients vers des activités éducatives. Cette pratique éducative repose sur l'orientation vers d'autres intervenants pour des activités éducatives. Ainsi, 45,2% des médecins orientent *systématiquement* ou *souvent*. Près de la moitié des médecins (47,9%) n'orientent que *parfois* vers de telles activités. (30). L'étude ENTRED montre que 39% des médecins généralistes ressentent une insuffisance des professionnels et des structures relais. Peut-être n'en ont-ils pas connaissance.

D'autres situations leur posent des difficultés. L'adhésion aux recommandations diététiques et d'activité physique ainsi que la disponibilité des diététiciens sont les éléments les plus fréquemment cités. De plus, des freins à une démarche éducative sont soulignés par les médecins de cette étude. Ils déclarent manquer de temps (76%), de formation (26%), de matériel (24%) et se plaignent du manque de rémunération (19%). Enfin des freins liés au patient sont décrits : la barrière linguistique et l'absence de besoin d'une éducation.

Au vu de l'augmentation des patients porteurs de maladies chroniques et donc de diabétiques, le médecin traitant est par sa proximité et son accessibilité l'acteur clé de l'éducation. Il assure le suivi, la synthèse, la coordination et également la prévention et l'éducation des patients. Il doit donc avoir une place centrale en orientant le patient dans le parcours territorialisé des soins après évaluation de ses besoins (8).

Aujourd'hui, l'offre est presque exclusivement hospitalière alors que les maladies chroniques sont très majoritairement prises en charge en ambulatoire surtout par les médecins généralistes traitants. Il convient donc d'accroître très notablement l'offre ambulatoire de proximité afin qu'un patient puisse accéder à un programme d'ETP à une distance raisonnable de son domicile et sans se rendre nécessairement dans un établissement de santé. Le médecin traitant devra avoir un rôle central dans l'orientation du patient vers le programme le plus adéquat et dans son suivi régulier pour lui proposer, le cas échéant, de participer à un programme de suivi. Ceci implique que les médecins soient régulièrement informés de l'offre existante. En outre, leur participation à la conception et à l'animation des programmes d'ETP doit être encouragée.

MATERIELS ET METHODES

1. Le choix du sujet

L'éducation thérapeutique du patient et le diabète de type 2 sont deux domaines essentiels dans notre pratique. Je trouve ce sujet passionnant et j'ai toujours été interpellée par la nécessité que le patient soit au centre de sa prise en charge.

Cependant, cette démarche est très peu abordée lors de la formation des professionnels de santé, des médecins en particulier (31). Ainsi l'ETP est une discipline nouvelle à baliser.

Deux thèses de pharmacie ont été réalisées en 2009 suite à la mise en place de ProxYDiab 38.

La première a consisté en l'étude de faisabilité en dressant un premier état des lieux sur son fonctionnement, en repérant les facteurs positifs et les difficultés pour une pérennisation de ce dispositif (25). Les facteurs aidants pour promouvoir cette offre sont l'adaptabilité de l'équipe, l'organisation du travail et les liens avec les acteurs de santé. Les problématiques sont la nécessité de faire évoluer le programme éducatif en temps réel, le manque de travail collectif et enfin la difficulté de maintenir un lien après le passage à ProxYDiab 38.

La seconde thèse a étudié les méthodes de communication pour tisser des liens avec des professionnels de santé (pharmaciens d'officine) (32). Cette expérience pilote d'implantation d'une offre éducative sur un territoire a mis en évidence la nécessité de réaliser des actions de communication auprès des professionnels de santé s'appuyant sur leurs attentes et leurs besoins. Il semble essentiel de pérenniser ces liens avec des interactions régulières.

Notre travail s'inscrit donc dans la continuité de ces deux études et permet d'évaluer l'intégration de cette structure au sein de la pratique en ETP des médecins généralistes et de cibler leurs attentes vis-à-vis de ProxYDiab 38.

2. La méthode

2.1. Une étude qualitative

Le choix d'une étude qualitative, pour rendre compte des facteurs favorisant et des freins intervenant sur l'implication dans l'ETP pour les diabétiques de type 2 des médecins généralistes et leur ressenti de ProxYDiab 38, s'est fait pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'idée de rencontres riches sur le plan humain et intellectuel est à évoquer. Ensuite, la technique des entretiens permet d'apporter des précisions sur leurs représentations de l'ETP et leur vécu quant à une structure ambulatoire de proximité faisant de l'ETP.

2.2. L'échantillonnage intentionnel

L'échantillonnage intentionnel est un échantillonnage balisé par des paramètres théoriques. Il cherche à faire « *dégager une compréhension riche et originale de l'objet d'étude* » (33-36). Ainsi le choix des médecins généralistes a été réalisé en fonction de leur appartenance à un territoire d'exercice et selon leur connaissance de ProxYDiab 38.

Les critères retenus sont :

- Le sexe ;

- Le lieu d'exercice : agglomération grenobloise avec prise en considération du niveau socioéconomique, la proximité de Grenoble et de ProxYDiab 38 (Annexe 2) ;
- La connaissance ou non de ProxYDiab 38. Ainsi, trois groupes de médecin ont été constitués. Un groupe de médecins généralistes qui connaissent et utilisent ProxYDiab 38 dans leur pratique ; un groupe de médecins généralistes qui connaissent ProxYDiab 38 mais qui ne l'utilisent pas et un groupe de médecins généralistes qui ne connaissent pas ProxYDiab 38.

Enfin, cinq endocrinologues de l'agglomération grenobloise ont été interviewées en tant qu'utilisatrices de cette structure ambulatoire.

Ces critères ont permis de détacher trente médecins généralistes et cinq endocrinologues qui ont accepté les entretiens. Tous sont dans un rayon de quarante kilomètres autour de Grenoble. Les raisons de refus par téléphone ont été le manque de temps, la non disponibilité mais aussi le manque d'intérêt et l'impression de publicité.

Les médecins ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous à leur cabinet ou à leur domicile. Le sujet, la durée (15 à 20 minutes) de l'entretien et les modalités d'enregistrement ont été précisés lors de la prise du rendez-vous. Au total, trente entretiens de médecins généralistes et cinq entretiens d'endocrinologues ont été analysés pour notre étude.

2.3. Le guide d'entretien

Les entretiens étaient semi-directifs. Ils ont été réalisés au cabinet ou au domicile de chaque praticien (37, 38).

Le guide d'entretien était divisé en quatre parties différentes en fonction de la connaissance ou non de ProxYDiab 38 (Annexe 3).

Le premier entretien (entretien 1) concernait les médecins généralistes connaissant et utilisant ProxYDiab 38 comme structure ambulatoire réalisant de l'ETP. Le second (entretien 2) s'adressait aux médecins généralistes qui avaient eu connaissance de ProxYDiab 38 par le biais d'une réunion de présentation mais qui n'avaient aucun patient inscrit à la structure. Enfin, le troisième entretien (entretien 3) concernait les médecins généralistes qui ne connaissaient pas ProxYDiab 38 et qui avait pour objectif d'appréhender leurs attentes. Un dernier entretien similaire au premier des médecins généralistes a été réalisé pour les endocrinologues qui utilisent ProxYDiab 38.

Le guide d'entretien a été divisé en trois parties :

- L'ETP en général avec les difficultés et les ressources pour faire de l'ETP au cabinet. Le rôle de la loi HPST a été abordé.
- La seconde concernait ProxYDiab 38. Cette partie a été adaptée en fonction du groupe d'appartenance des médecins généralistes. Les questions étaient quasiment similaires.
- La dernière évoquait les perspectives avec une ouverture sur les potentialités de ce type de structure d'ETP ambulatoire et les améliorations à envisager.

Les questions posées cherchaient tout d'abord à faire ressortir les pratiques éducatives au cabinet avec les difficultés inhérentes à cette activité. Les ressources pour faire de l'ETP ont été abordées tout comme la place de la législation dans ce contexte. Enfin, des idées fortes et des propositions seront exposées à la fin de la thèse.

Concernant ProxYDiab 38, l'objectif de l'entretien était de mettre en avant le ressenti des médecins généralistes utilisant cette structure en étayant les conséquences pour les patients et leur pratique. Pour les médecins dont aucun patient n'était inscrit, l'objectif était d'étudier les freins. Les hypothèses évoquées ont été sur des freins inhérents au patient, d'autres au médecin. Enfin, nous avons recherché les attentes des médecins généralistes qui ne connaissaient pas cette structure.

Les entretiens ont été enregistrés par deux dictaphones (numérique et analogique) puis retranscrits littéralement pour analyse. Les quatre premiers entretiens ont été des entretiens test représentatifs des différents groupes de médecins. Ceci a permis d'ajuster le plus précisément les entretiens. J'ai mené tous les entretiens de début mars à début mai 2011.

2.4. Analyse des données

2.4.1. La retranscription des entretiens en verbatim

Il s'agit de la première étape de l'analyse des données. Chaque entretien est retranscrit mot à mot en respectant le langage oral. Les hésitations, les rires ont été notés.

2.4.2. L'analyse du discours

Cette étude se base sur une analyse inductive de contenu de type thématique suivant les étapes suivantes :

- La transcription intégrale des entretiens ;
- L'étude approfondie des entretiens individuellement permettant l'émergence d'unités de sens ;

- L'étude de l'ensemble du corpus d'entretien et confrontation des unités de sens permettant la distinction de thèmes généraux ;
- La catégorisation et la classification de ces thèmes.

L'émergence des sens s'est faite par la confrontation des différents thèmes avec le cadre conceptuel (33).

J'ai analysé les entretiens. Enfin, pour augmenter la robustesse de l'analyse, les entretiens ont été relus et analysés par trois autres personnes (39, 40). Deux appartenant à la structure de ProxYDiab 38 (Dr FARRE et Dr BAUDRANT) et une personne naïve ne connaissant ni la structure, ni la médecine.

J'ai réalisé les corrections nécessaires et la synthèse des différents résultats des trois relectures après discussion collégiale.

RESULTATS

La présentation des résultats sera divisée en deux parties.

La première concerne les caractéristiques des médecins ayant participé aux entretiens. Les données quantifiables des entretiens sont présentées dans cette partie.

La seconde concerne l'interprétation des résultats en eux-mêmes. Les conditions de l'ETP au cabinet seront abordées, la vision et les attentes des médecins généralistes et endocrinologues concernant ProxYDiab 38 seront développées. Enfin, une courte partie abordera les perspectives à mettre en œuvre en intégrant ce type de structure dans le parcours de soins du patient.

Tout au long de la présentation, de nombreuses citations puisées des différents entretiens enrichiront nos propos. Pour chaque thématique identifiée, une synthèse des différentes catégories et leurs poids (nombre de citations par les médecins) sera réalisée au début de chaque chapitre pour améliorer la clarté de la présentation. Ainsi, le nombre de citations peut être différent au nombre de médecins car ils peuvent s'exprimer sur plusieurs idées.

De plus, les sigles suivants permettent de conserver l'anonymat : « *MG chiffre* » réfère aux médecins généralistes par ordre d'interview et « *E chiffre* » aux endocrinologues.

I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET DES ENTRETIENS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Trente médecins généralistes et cinq endocrinologues ont accepté de participer à cette étude.

Les caractéristiques des médecins participant à l'étude sont résumées dans le tableau, situé en annexe 4.

Notre échantillon, pour les entretiens 1, 2 et 3, est composé de cinq hommes et de cinq femmes. Pour chaque entretien, cinq médecins exercent à Grenoble et les cinq autres dans l'agglomération de Grenoble, en alternant, les villes et quartiers aisés avec ceux plus populaires. Ainsi, quinze hommes et quinze femmes médecins généralistes ont participé à l'étude.

En ce qui concerne les endocrinologues, toutes sont des femmes. Deux exercent dans le centre de Grenoble, deux à Meylan (ville plutôt aisée) et une à Echirolles (ville populaire).

L'âge moyen de notre panel est de 50 ans.

Quatorze médecins ont entre 40 et 50 ans dont trois endocrinologues et quatre médecins généralistes adressant des patients à la structure.

Dix-huit médecins ont entre 50 et 60 ans dont deux endocrinologues et trois médecins généralistes utilisant la structure.

Trois médecins généralistes ont plus de 60 ans dont deux travaillent avec la structure.

L'année d'installation de notre panel est 1991 après réalisation d'une moyenne ce qui concorde avec un âge situé vers 30 ans. Leur année de thèse

correspond à l'année 1988 en moyenne, soit quatre ans avant leur installation définitive.

En étudiant leur mode d'exercice, vingt-cinq médecins, dont deux en centre de santé exercent dans un cabinet de groupe. Dix exercent seuls en cabinet. Certains travaillent en PMI, d'autres en maisons de retraite en parallèle. Deux médecins ont une formation spécifique en nutrition. Un médecin nouvellement installé est ancien urgentiste.

Concernant leur formation médicale continue (FMC), tous les médecins interrogés sont investis et actifs dans ce domaine. Vingt médecins généralistes ont déjà réalisé une formation en ETP.

Cinq médecins déclarent participer à plus d'une formation par mois rémunérée ou non. Deux expliquent en faire six par an en moyenne ; un médecin participe à cinq FMC par an.

Quatorze médecins participent aux quatre FMC rémunérées sur l'année, trois praticiens en font trois par an et deux déclarent participer à deux FMC dans l'année.

Enfin, quatre médecins sont intégrés dans des groupes de pairs.

Les endocrinologues participent à de nombreux congrès, certains concernant l'ETP.

Enfin, nous voulions connaître le pourcentage de patients diabétiques de type 2 dans leur patientèle.

Huit médecins généralistes pensent suivre entre 5 et 10 % de patients diabétiques de type 2. Neuf praticiens déclarent que 10 à 15% de leur patientèle est diabétique de type 2. De même, neuf médecins pensent qu'entre 15 et 20% de leur patients sont diabétiques de type 2. Un médecin explique que plus de 20% de sa patientèle est diabétique de type 2. Pour finir, trois médecins ne peuvent pas répondre par manque de données chiffrées.

Deux endocrinologues ont entre 20 et 30% de leur patientèle diabétique de type 2 ; deux évaluent entre 30 et 50% et une seule pense que plus de la moitié de ses patients sont suivis pour un diabète de type 2.

Un portrait détaillé des médecins ayant participé à l'étude, ainsi que les lieux d'enregistrement des entretiens est disponible à la fin de la thèse (annexe 5).

2. Caractéristiques des entretiens

La durée de chaque entretien est précisée en annexe 6 sous forme d'un tableau récapitulatif.

La durée totale des entretiens est de 13 heures, 5 minutes.

La durée moyenne des entretiens est de 23 minutes.

II. VISION DE L'ETP DES MEDECINS GENERALISTES ET DES ENDOCRINOLOGUES : LA LEGISLATION EN PRATIQUE, DES DIFFICULTES AUX RESSOURCES

Dans la première partie de notre questionnaire, nous nous sommes intéressés à la pratique des médecins généralistes et endocrinologues et nous avons tenté d'appréhender leurs difficultés mais aussi leurs ressources face à l'ETP. De plus, nous avons recherché l'impact de la loi HPST sur leur pratique depuis sa parution en 2009.

1. Impact de la loi HPST sur la pratique de l'ETP

| | |
|--|----|
| aucun changement de pratique | 35 |
| changements espérés | 8 |
| attente d'une meilleure reconnaissance | 5 |
| impression d'effet de mode | 7 |

1.1. Aucun changement de pratique

Certains médecins disent faire de l'ETP depuis très longtemps. Ainsi la loi HPST n'a pas eu de conséquences dans leur pratique.

MG1: En pas grand-chose parce que c'est ce qu'on faisait toujours, je commence toujours par ça.

MG2: Pas beaucoup car je pense que j'essayais déjà de faire de l'ETP.

MG3, MG4, MG14, E1, E4: En rien.

MG5, MG7, MG9, MG13, MG24, MG26, MG30: Ça n'a rien changé pour moi. C'est déjà ce que je fais.

MG6: En rien car ça toujours été mon attitude surtout avec le diabète où ça semble une évidence.

MG8: Ça n'a pas énormément changé ma pratique : j'étais déjà sensibilisée par le biais de mes études.

MG10, MG 13: J'essayais de faire de l'ETP du mieux que je pouvais.

MG11: Je pense que l'éducation c'est la base de notre métier. Ça n'a rien changé dans mes convictions.

MG15, MG26, MG 29: Strictement rien. La législation ne nous apporte rien !

MG16: Alors je vais vous dire en rien du tout ! À mon petit niveau, j'essaie de faire de l'éducation.

MG20: On en fait au quotidien même avant cette loi.

MG22: Aucunement. Je me débrouillais déjà et je continue.

MG25: Ça n'a pas changé. Je le faisais sans le savoir sans doute. Aucun impact pour moi.

MG28: En rien. On essaie de s'approcher au mieux de ça depuis longtemps.

E2: De l'ETP, on en fait tout le temps.

E3: En rien du tout. C'était déjà une priorité personnelle ! Ça n'a rien changé.

E4: En rien car on le fait dès le début. La loi elle-même, rien.

E5: On n'a pas changé du tout notre pratique. Cette loi n'a pas eu des développements, ni des avancées.

D'autres ne font pas d'ETP au cabinet. Par conséquent la législation n'entraîne pas de changement.

MG12: Je ne vois pas ce que ça change. Je ne sais pas ! Il y a beaucoup de choses qui m'échappent.

MG18: Ça n'a rien changé.

MG19: Ça n'a pas changé ma pratique parce que cette loi est sortie.

MG27: Pour l'instant en pas grand-chose. J'ai le sentiment d'avoir fait de la prose.

Enfin, cinq médecins généralistes et spécialistes déclarent ne pas connaître le contenu et l'opérationnalisation de cette loi :

MG4: Déjà, on ne nous l'a pas présentée. Le patient n'a pas été informé. Ils ne connaissent pas.

MG5: Je ne la connais pas.

MG17: Je ne savais même pas que c'était une loi qui avait dit ça.

MG19: Je ne sais pas bien ce que dit cette loi.

MG21: On ne nous a pas spécialement expliqué cette loi. C'est ça le problème. On en a entendu parler mais pour la mise en pratique, on n'a aucune information.

Au total, la réponse est unanime : les trente cinq médecins interrogés évoquent l'absence d'impact de la loi HPST sur leur pratique en ETP.

1.2. Les changements espérés

Certains médecins interrogés ont des attentes vis-à-vis de cette loi avec des changements espérés pour leur patient :

E2: On essaie de sensibiliser les patients.

MG8: Les patients sont plus ouverts et sont plus capables d'entendre qu'est ce que leur maladie. On augmente leur implication.

MG14: Le côté explicatif et pour motiver les gens à se prendre en charge.

Une remise en question et une intégration de l'ETP à leur pratique se déploient par le biais de cette loi :

MG8: La conscience professionnelle du médecin est nécessaire.

MG14: J'essaie de m'y mettre.

MG16: Il faudrait qu'on change notre mode de travail, je ne sais pas. Etre plus dans le préventif...

MG24: J'en faisais déjà mais on en a peut-être un peu plus conscience.

E4: En terme de formation en diabétologie dans les congrès, le secteur est plus développé.

1.3. Dans l'expectative d'une meilleure reconnaissance des pouvoirs publics

MG18: Avant qu'elle soit appliquée, il faudra des années. Si ce n'est que c'est officiel mais pas encore applicable.

MG21: On n'est pas tellement aidé pour ça. On est isolé en ville.

MG23: Moi, pour le moment, je n'ai pas vu l'utilité de cette loi.

E1: J'attends : je n'aime pas trop les nouveautés et je ne suis pas prête à foncer.

E4: Ça n'a toujours pas de reconnaissance financière donc ça n'a rien changé pour nous.

Les médecins attendent une meilleure reconnaissance de leur travail et une reconnaissance financière. Ils se sentent isolés.

1.4. Impression d'effet de mode

Une partie de notre panel a l'impression que l'ETP et la loi HPST sont un effet de mode dont s'est emparé le monde politique.

MG17: C'est la tendance générale et c'est plus logique de faire comme ça.

MG20: On en entend un peu plus parler.

MG24: Peut-être qu'on en entend plus parler et peut-être qu'on est plus vigilant.

MG29: Ce qui en est c'est que tout à coup on se rend compte qu'il faut éduquer les patients.

E2: Je suis peu sensible au bla bla politique. (Rires). C'est la mode de la politique actuelle. Beaucoup de bruit pour rien.

E3: Pour l'instant, c'est très à la mode.

E4: Ce n'était pas reconnu et ça n'avait pas un terme ronflant.

2. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et endocrinologues pour la réalisation de l'ETP

Les obstacles à l'ETP sont divers. Ils peuvent être issus du médecin lui-même, de sa perception du patient et enfin, des spécificités liées au patient.

2.1. Difficultés liées au médecin

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|----|
| mode d'exercice | le manque de temps | 35 |
| | la charge administrative | 6 |
| | le manque de soutien des instances | 13 |
| | les relations confraternelles | 3 |
| l'insuffisance de formation médicale | | 12 |
| le manque de motivation | | 11 |
| le manque de supports | | 2 |

2.1.1. Le mode d'exercice

2.1.1.1. Le temps

Le temps est la principale difficulté. Lors des entretiens, tous ont cité le manque de temps dédié à l'ETP et leurs difficultés d'intégrer cette dernière dans la

consultation. La notion de temps prend en considération une certaine rentabilité et une qualité de vie professionnelle et familiale.

MG1, MG2, MG26, MG29 : La difficulté, c'est déjà le temps.

MG3, MG10, MG11, MG12, MG17, MG18, MG27, MG28 : Le temps!

MG4: Ce n'est pas facile car l'ETP prend du temps.

MG5: Le temps, il m'en faudrait. Ça faciliterait ma pratique. Quand je commence à expliquer à quelqu'un qu'il a un diabète et comment il faut qu'il se prenne en charge de façon non médicamenteuse, c'est une consultation de plus d'un quart d'heure et les patients s'accumulent en salle d'attente.

MG7, MG9: Donc le problème c'est quand même le temps. Je pense que je n'ai pas assez de temps.

MG8: La question du temps de consultation. Malheureusement, on est limité par le temps.

MG12: Pour le versant thérapeutique de l'éducation, je le fais. Mais ce n'est pas le principal.

MG13: Le manque de temps, clairement, on n'a pas le temps pour l'éducation thérapeutique quand on fait une consultation de diabétologie.

MG14: Le temps de consultation...

M15: Le manque de temps. C'est très chronophage si on veut faire quelque chose de correct.

MG16: Il y a plein de choses à faire car l'éducation thérapeutique, ça demande du temps. Il reste la fin de la consultation pour l'éducation thérapeutique, c'est léger.

MG19: Le temps de la consultation est trop court. Si on prend une consultation normale de vingt minutes, c'est impossible. Le temps, c'est un souci en médecine générale.

MG21: C'est long sur une consultation, Ce sont des consultations longues. Si on veut vraiment faire de l'éducation diététique.

MG23: L'éducation thérapeutique du patient, ça prend du temps.

MG24: Je dirai le temps. C'est impossible à faire correctement en médecin générale avec les agendas qu'on a. On ne la fait pas bien !

MG30: Le manque de temps. La pédagogie ça prend du temps, dans toutes les maladies chroniques.

E5: Le manque de temps, on dira le manque de temps. Je ne vois pas comment on peut tout faire dans une consultation diabétologique. Il y a tellement de choses à faire.

E1: Le temps, c'est clair.

E2: C'est stupide car en une seule fois pour faire de l'éducation, on n'a pas le temps.

E3: Le temps, essentiellement.

E4: Notre disponibilité, notre temps.

2.1.1.2. La charge administrative au cabinet

Cette difficulté est en lien étroit avec le temps. Les médecins rencontrés déclarent être accablés de tâches administratives qui entraînent une diminution de leur temps dédié à l'éducation.

MG12: L'éducation thérapeutique pure, le versant diététique, c'est impossible à réaliser en cabinet à cause du temps.

MG13: On est accablé de tâches non rémunérées.

MG16: Tout ce qui faut faire « médecine » avec l'interrogatoire, l'examen clinique, vérifier ce qui est à faire, ce qui ne l'est pas. Déjà ça, c'est une prise de tête pas possible. Il reste la fin de la consultation pour l'éducation thérapeutique, c'est léger.

MG18: Malheureusement dans la consultation du généraliste, on sort sept feuilles différentes C'est l'enfer.

MG21: Nous, on n'a matériellement pas le temps.

E2: Le temps, c'est sûr : il y a beaucoup de choses dans une consultation. Et tout le temps à côté.

2.1.1.3. Le manque de soutien de la part des instances et la non reconnaissance financière de l'ETP

Trois médecins de notre étude expliquent que les consultations diététiques ne sont pas remboursées ; la neuropathie doit être sévère avant une prise en charge de la pédicure. De même, l'autosurveillance glycémique pour les patients diabétiques de type 2 n'est prescrite que dans certaines situations avec un nombre de bandelettes, limité à deux cents par an. Ces exemples, cités dans les entretiens mais aussi en a parte, illustrent la difficulté des médecins généralistes et spécialistes qui ne se sentent pas soutenus.

MG7: Pourquoi ne pas avoir un pack plutôt qu'une hospitalisation à 2500 euros la journée. Il pourrait exister un pack diététique pris en charge. Pas au long cours. Mais si c'est pris en charge, les gens iraient plus. Il y a une discordance entre le fait qu'on doit prendre en charge de mieux en mieux les diabétiques et le fait qu'on est limité à 200 bandelettes par an maintenant. Je trouve cela scandaleux.

MG23: Le type 2, le problème, c'est qu'on ne peut les contrôler que trois fois par semaine avec la nouvelle loi.

MG30: La consultation chez la diététicienne n'est pas remboursée alors que la diététique fait partie entière du traitement. On le sait ! C'est une aberration. Que ça ne soit pas pris en charge par la sécurité sociale, c'est scandaleux. C'est comme le pied, il faut attendre la neuropathie stade 2, pour que ça soit remboursé. C'est n'importe quoi. Et la prévention là dedans ?

Les médecins se sentent concernés par l'ETP mais ils déclarent vouloir la pratiquer dans de bonnes conditions avec une rémunération adaptée en fonction du temps passé. Ils évoquent une remise en question du paiement à l'acte.

MG3: Le temps et l'argent ! Sinon on pourrait garder deux heures les gens et avoir des résultats.

MG10: C'est sûrement notre boulot mais on n'est ni payé, ni formé pour ça. C'est pour ça que c'est voué à l'échec si c'est aux généralistes que reviendrait cette formation. Je ne pense pas que ça soit le médecin généraliste individuellement qui doit organiser ça. C'est soit une volonté d'une nation, d'un ministère qui prend connaissance du problème et ne paie plus les médecins à l'acte. On nous donne des missions de santé publique avec un budget pour les atteindre. L'évaluation se fait sur les objectifs atteints. Tant qu'on n'aura pas ce genre de choses, on continuera dans le libéral pur. Donner aux médecins de pouvoir manger et faire des missions de santé publique, c'est discordant.

MG16: Une consultation de vingt minutes à 23 euros.

MG19: Le temps, c'est un souci en médecine générale. Soit on veut gagner notre vie à mi-temps, il faut débiter un minimum et il faut faire des sacrifices dans la prise en charge.

MG23: Vu le prix de la consultation, on ne passe pas trois quarts d'heure avec les patients.

MG27: Il faut avoir le temps de s'y plonger... C'est toujours le même problème. À 20 euros la consultation.

MG27: Nous sommes dans une posture lilliputienne par rapport à ce genre de choses. Nous n'avons pas les moyens financiers. On entre vite dans des plans de financement que le médecin ne peut pas faire seul.

E2: C'est de l'argent !

E3: Si vous gardez votre patient une heure, vous n'avez pas le tarif de la visite en rapport.

E4: Le coaching, c'est bien mais tout travail mérite salaire. Il faut que ça soit reconnu en tant qu'activité et que ça soit rémunéré. Je suis contre le coaching bénévole type informatique, e-mail. On ne va pas perdre son temps à travailler pour rien. Nous sommes des professionnels et non des bénévoles. Travail égal salaire. Il faut se faire reconnaître. Mme Bachelot nous a fait une loi, c'est très bien, très ambitieux dans ce domaine. Derrière, il faut que ça soit reconnu. Qui dit reconnaissance dit salaire. Il faut être très clair là-dessus.

2.1.1.4. Les relations confraternelles

Les difficultés relationnelles entre les médecins généralistes et les spécialistes sont un des obstacles cités.

D'une part le médecin généraliste pense que le spécialiste ne peut pas faire mieux que lui car il n'a pas plus de moyens.

MG10: C'est-à-dire que je vois bien comment nos confrères spécialistes ont le temps de s'occuper de cela et c'est leur spécialité. Je ne suis ni spécialiste et j'ai autant de temps qu'eux. Ils ne s'en chargent pas mieux que nous.

D'autre part, les endocrinologues ont la sensation que le médecin traitant est en attente de résultats rapides quand il adresse des patients. Cependant, l'ETP prend du temps.

E1: Le fait que certains patients et certains médecins généralistes attendent de nous qu'on soit plus dans l'action avec des résultats à la clef, ce qui ne va pas toujours dans le sens de la démarche d'éducation.

Une des endocrinologues a le sentiment que les médecins généralistes ont peur de perdre leurs patients en les adressant aux spécialistes.

E2: Si on pouvait revoir les patients plus souvent : le problème c'est que les généralistes ont peur qu'on leur prenne leur patient. La relation avec les médecins peut être une difficulté.

2.1.2. La formation médicale

Huit médecins déplorent une quasi inexistence de la formation initiale en ETP. Ils estiment avoir une formation insuffisante en nutrition et la plupart se remettent en question dans ces deux disciplines.

MG9: Il faudrait que j'aie une formation ou que je sois plus structurée.

MG10, MG12: Maintenant, on est peu formé à ça.

MG15: Peut-être avoir une formation adéquate plus poussée. J'en ai fait un peu mais ce n'est pas suffisant. Je m'en rends compte.

MG16: Ma mauvaise formation, au quotidien. C'est vraiment un poids. Je fais partie de la génération des gens qui n'avait aucune formation en diététique. Il n'y avait pas de certificat. On l'a fait à l'arrache soit tout seul, sur nos enseignements post universitaires en piquant des trucs à droite à gauche.

MG21: On n'est pas très bien formé. Je ne parle pas de mes études qui remontent à pas mal d'années. Mais on n'est pas formé.

MG27: La formation un peu technique au niveau diététique. Je ne suis pas une génération où on ne faisait pas beaucoup de diététique. Ça se résume à un TD d'une après-midi. Je n'ai pas de connaissance.

Par conséquent, certains médecins rencontrés ont une perception de manque de compétences en diététique et en ETP.

MG2: Peut-être des connaissances personnelles insuffisantes.

MG27: Je vois les limites surtout avec les diabétiques de type 1, et les équivalences. Je suis largué. On oublie vite car on ne pratique pas. C'est la difficulté diététique.

MG29: On n'a pas les mêmes capacités en diabétologie donc on fait notre propre soupe interne personnelle. La limite, c'est nous aussi.

E1: En fait, on a toutes les casquettes : on a la casquette de l'infirmière pour les techniques d'injection et manipulation des insulines, la casquette de la diététicienne et du diabétologue. L'organisation pratique ne s'y prête pas.

E2: J'ai conscience de ne pas faire aussi bien que les services d'ETP.

2.1.3. La motivation des praticiens et leur intérêt pour l'ETP

La motivation et la lutte contre le découragement sont deux difficultés. Sept praticiens expliquent que faire de l'ETP n'est pas toujours gratifiant : beaucoup de temps passé pour peu de résultats à long terme.

MG1: Au bout d'un certain temps, je laisse tomber.

MG3: Il ne faut pas baisser les bras, il faut être obstiné.

MG6: C'est décourageant mais on s'acharne.

MG9: C'est difficile de ne pas baisser les bras. C'est fatiguant.

MG10: On répète à chaque fois : c'est lassant.

MG11: Le temps, c'est aussi ma disponibilité. C'est aussi, qu'au bout d'un moment, on n'y croit plus soi-même. On se lasse. J'avoue maintenant ; je m'économise. Quand j'ai dis trois fois à quelqu'un, je me lasse. Avant j'avais la rage de la jeunesse... C'est difficile de se résigner. Mais ça arrive qu'on en soit là.

MG21: Il ne faut pas être las, ni avoir un constat d'échec !

E3: C'est sûr qu'en face si le médecin n'est pas motivé, c'est sûr que ça ne va pas pousser le patient. Il y a un gros investissement pour un retour minime. Parfois, c'est démoralisant, c'est dur. On se demande si ça vaut vraiment le coup.

De plus, cette lassitude peut être accentuée par le manque de croyance en l'utilité de l'ETP. Pour certains, l'ETP ne sera qu'un échec.

MG5: Les gens ne changent pas. Le peu de conseils, de messages que j'essaie de faire passer au cabinet en consultation ne sont pas complets mais essentiels mais ils ne passent pas. Ce n'est pas avec une formation que ça changera quelque chose.

MG10: C'est pour ça que c'est voué à l'échec si c'est aux généralistes que reviendrait cette formation. C'est pour la pérennité de la chose et ce n'est pas à moi de faire la démarche pour améliorer certaines choses. J'ai beaucoup de choses à faire et je suis septique sur la finalité globale de tous mes patients diabétiques de type 2.

MG29: Tout dépend de notre patient. On est tous différents, on a tous des idées, on n'a pas tous la même culture. La limite c'est le patient et ça le restera. Celui qui est en face, c'est lui qui fait tout.

2.1.4. Le manque de supports adaptés

Deux médecins ont des difficultés à trouver des supports adaptés aux patients. Ils aimeraient pouvoir s'appuyer sur des documents simples et concrets.

MG13: On manque de support. Soit on a des supports fournis par les laboratoires qui ne sont pas toujours adaptés ou parfois ils ne sont pas suffisamment simples.

MG17: C'est parfois difficile d'être concret. Quand on est devant les gens, il n'y a pas de matériel pour leur montrer. On reste sur du descriptif.

2.2. Difficultés perçues par les médecins, liées au patient

Certains obstacles cités par les médecins découlent plutôt de leur point de vue envers le patient.

| | |
|--|----|
| compréhension et acceptation de la maladie | 12 |
| manque de réceptivité du patient | 12 |
| manque de motivation | 11 |
| disponibilité du patient | 2 |

2.2.1. La compréhension et l'acceptation de la maladie

Le terme de compréhension dans cette partie évoque la compréhension générale et sa capacité à entendre la gravité du diabète de type 2 par exemple.

MG2: C'est la compréhension du patient par rapport à sa pathologie et ce qu'il doit faire exactement pour qu'il aille mieux sans traitement.

MG5: Le deuxième problème c'est que les patients ne comprennent rien.

MG12: La compréhension peut être une difficulté.

La compréhension du patient est très intriquée avec l'acceptation de la maladie et favorise l'adhésion à la prise en charge.

MG10: Pour toutes les pathologies, la motivation et la compréhension de sa maladie. Il faut qu'à un moment donné que le sujet comprenne que c'est mieux pour lui.

MG11: C'est la capacité d'avoir en face quelqu'un qui comprenne et qui soit en état de comprendre ce que j'ai à lui dire, à lui faire passer. La personne doit avoir compris l'enjeu et être prêt à entendre ce que j'ai à lui dire à ce moment là.

MG21: Ils ne se rendent pas compte des conséquences catastrophiques de cette maladie.

Les praticiens évoquent de nombreux blocages psychologiques chez leurs patients parfois dans le déni ou la peur de leur maladie. Ces facteurs sont des obstacles pour permettre une adhésion du patient à la demande d'ETP.

MG5: L'aspect psychologique, les gens qui consultent veulent le médicament qui va les soigner. L'éducation ...c'est difficile en France.

MG15: Ce n'est pas qu'ils ne veulent rien entendre. Mais ça les perturbe, ça les panique tellement. C'est difficile d'accrocher.

MG20: On a essentiellement des blocages psychologiques.

MG 24: Mieux vaut ne pas avoir de déni.

MG29: L'éducation thérapeutique, si ça touche le patient dans quelque chose qui le touche soit parce qu'on lui fait peur ou qu'il lui faut une carotte pour le stimuler. La limite c'est nous aussi mais c'est surtout ce que veut faire le gars en face. Pas ce qu'on veut faire.

E3: On essaie de les faire parler, de les orienter sur des prises en charge psychologique à la recherche d'un refus, d'un déni.

2.2.2. Le manque de réceptivité et l'adhésion du patient

Suite à nos entretiens, les médecins expliquent que le manque de réceptivité et l'absence d'adhésion sont des difficultés parfois issus des insuffisances de compréhension. Ils ressentent que des freins s'installent progressivement.

MG1: Les deux points faibles c'est déjà la compréhension et l'adhésion du patient.

MG5: Le troisième problème, c'est qu'ils me disent ce qu'ils veulent au cabinet.

MG7: Les patients ne sont parfois pas d'une réceptivité fabuleuse, ont beaucoup de blocages et de freins.

MG11: C'est l'adhésion du patient. Parfois ils ne sont pas disponibles pour entendre.

MG19: Les difficultés que je rencontre, c'est comment prendre en charge un patient qui n'a pas compris ce qu'était le diabète. C'est le problème d'adhésion du patient.

MG22: L'adhésion des patients, c'est tout. Leur compréhension.

MG23: L'adhésion du patient joue énormément. En général, quand on fait le tableau de ce qui peut leur arriver, ils sont motivés.

MG28: Il y a la compréhension du patient, son adhésion au traitement et à la prise en charge. La compliance du patient.

Selon le praticien, l'observance du traitement est un reflet de l'adhésion du patient.

MG8: L'observance des patients : ils prennent rendez-vous quand ils veulent.

MG26: Même si tu as l'impression qu'il est compliant, coopérant au traitement, tu t'aperçois surtout au niveau de l'alimentation et des règles hygiéno-diététiques, c'est difficile.

MG27: C'est la compliance au traitement.

MG30: C'est la difficulté de l'observance. On a des gens qui ne sont pas observants. On a beau leur expliquer ; ils ne sont pas observants. Ce que j'essaie de faire, c'est de le redire tout le temps. De réexpliquer que c'est important.

2.2.3. Le manque de motivation

Cet élément est aussi un frein cité par les médecins : l'implication des patients dans leur maladie est essentielle.

Le manque de motivation touche l'hygiène de vie essentiellement avec des difficultés à changer les mauvaises habitudes. Le patient n'a pas la volonté de faire de l'activité physique, ni d'adapter son régime alimentaire.

MG4: Un patient qui n'a pas envie de bouger, la motivation du patient.

MG9: C'est difficile de les motiver.

MG13: La compliance et la volonté du patient de s'impliquer un peu.

MG14: La motivation des patients et leur adhésion.

MG15: Ils ne sont pas de bonne volonté ! Il n'y a que les cachets qui vont les sauver. Je prends mon cacheton donc tout va bien. Le sauveur c'est le comprimé. Tout le reste reste en arrière plan. Ils perdent du bon sens.

MG16: Il y a la résistance des patients. De toute façon, les patients polyvasculaires sont des épicuriens. Lui dire d'arrêter de manger gras ni sucré, arrêter de fumer, de boire de l'alcool, de faire du sport. Il vous dit : « je n'ai plus qu'à crever ».

MG19: Je crois que ça dépend tout du patient. A-t-il envie, oui ou non d'équilibrer son diabète.

MG22: Ils ne sont pas motivés ni pour le régime, ni le sport, ni rien.

MG24: Après c'est le patient lui-même qui est complètement réfractaire surtout dans le diabète. C'est un manque de motivation car ça leur paraît inimaginable de changer leurs habitudes.

E4: Ça dépend de l'investissement de chaque patient. Parfois, il y a une demande personnelle de certains patients, très demandeurs, très à l'écoute des informations. D'autres freinent des quatre fers.

Parfois le patient est volontaire mais ses efforts sont de courte durée :

E3: C'est sûr que si le patient en face n'est pas motivé, il fera attention quelques jours puis il se fera rattraper par ses habitudes. C'est humain. C'est ça qui est dur en éducation.

La relation médecin-malade est un pilier pour tenter de lutter contre ces difficultés. L'objectif de l'ETP est d'autonomiser le patient, ce qui n'est pas toujours facile s'il manque de motivation.

MG3: Le relationnel avec certains patients et tu sens qu'ils sont plus impliqués.

2.2.4. La disponibilité du patient

La difficulté du patient à se libérer pour prendre soin de sa santé est aussi un frein à la démarche d'ETP.

Ce manque de disponibilité ne rend pas compte du manque de motivation.

MG18: C'est un problème de temps et la disponibilité du patient diabétique pour écouter et enregistrer.

MG20: C'est une contrainte de timing du patient.

2.3. Difficultés liées aux spécificités du patient

Cette dernière partie aborde les difficultés liées au patient concernant sa culture, sa langue, son niveau socioéconomique, sa personnalité.

Les médecins ressentent que les spécificités du patient interfèrent avec la réalisation d'une ETP efficace.

| | |
|-----------------------------|----|
| la culture | 11 |
| le frein linguistique | 6 |
| le niveau socio-économique | 6 |
| le patient polypathologique | 4 |

2.3.1. La culture

De nombreux patients sont originaires du Maghreb et vivent dans la région grenobloise. Selon notre panel, cette culture peut être « défavorisante » pour les patients diabétiques.

MG6: Ce sont les variations culturelles. Pour le diabète, ce sont des gens qui ont une culture défavorisante.

Les habitudes culinaires culturelles ne favorisent pas une alimentation équilibrée. Les médecins expliquent aussi un manque d'activité physique. Le partage et la convivialité sont mis en évidence.

MG7: Le frein ethnique est lourd à gérer. Les femmes, on leur dit de faire du sport, ce n'est pas dans leurs habitudes. Quant au régime, même si elles ne mangent pas de sucre, mais le gras....c'est difficile. Il y a beaucoup de freinage de la population maghrébine.

MG8: Le problème de la langue, le barrage de la langue, le barrage culturel. Certains pensent résoudre leur maladie avec des plantes médicinales locales, magiques en Chine ou Afrique du nord.

MG12: C'est vrai qu'on a une population originaire du Maghreb. Parfois, c'est difficile car il y a le versant culturel avec les habitudes culinaires. Il faut adapter notre discours à ces modes de vie là.

MG17: Une difficulté de changer les habitudes.

MG21: Il y a des difficultés culturelles, sociales. C'est très difficile. Il y a des populations avec des habitudes alimentaires désastreuses pour ce qui est du diabète. Vous savez, on a quand même beaucoup de patients d'origine maghrébine chez qui le diabète est une épidémie et on a du mal. Les habitudes alimentaires sont ancrées, c'est une culture différente. C'est du diabète grave et c'est difficile.

MG26: Ce sont les freins culturels venant du patient. Le problème, il est vraiment culturel. L'autre jour, j'ai vu une jeune pour une chirurgie bariatrique... Elle est cortiquée, aide soignante. Elle n'en peut plus de ses kilos. Elle me dit que c'est culturel, c'est convivial, c'est le partage. C'est difficile de changer les habitudes.

D'autre part, certains médecins évoquent le fatalisme de ces patients maghrébins qui ne remettent pas en question ce que leur Dieu a décidé. Le diabète, « toute la famille en a ».

MG14: Culturellement, ils sont fatalistes. Ils connaissent des gens diabétiques dans leur famille. C'est la fatalité. C'est difficile d'aller contre un certain nombre de croyances. Comme « l'huile d'olive, c'est bien ! ». C'est culturel, c'est ancré en eux. C'est difficile de les faire changer là-dessus.

MG19: Le diabète ça fait partie du quotidien. Ils mangent gras, sucré et ils n'en ont rien à faire. Là bas, j'avais du mal à faire comprendre que c'était une maladie. Pour eux, ils sont tous diabétiques dans certaines familles. « C'est comme ça ». Ils sont fatalistes et se priver, c'est saoulant.

MG21: Il y a un fatalisme pour certains patients. Le diabète, c'est comme ça, toute ma famille en a.

Néanmoins, les praticiens, malgré ce frein difficilement modifiable, adaptent leur pratique.

MG12 : Il faut adapter notre discours à ces modes de vie là.

2.3.2. Le frein linguistique

L'obstacle de la langue entraîne une difficulté de prise en charge tant sur la compréhension du patient, que sur son adhésion et son suivi.

MG1: La compréhension des patients : nous on a une population maghrébine. Ce n'est pas évident de se faire comprendre.

MG14: La langue... Là, c'est impossible de faire de l'ETP. On a beaucoup de patients qui ne parlent pas français.

MG17: Il y a des problèmes de compréhension car ce sont parfois des personnes qui ont une compréhension du français pas toujours complète avec un quotient intellectuel variable.

MG19: J'avais une population maghrébine avec des gens qui ne comprennent pas toujours ce que je leur disais.

MG20: On a parfois, mais ce n'est pas la majorité, la barrière de la langue.

MG22: Il y a parfois une barrière culturelle et de la langue.

2.3.3. Le niveau socioéconomique

La catégorie socioéconomique et professionnelle des patients est une difficulté citée à plusieurs reprises. En effet, selon les praticiens, « manger coûte cher ». Une personne aisée aura un meilleur équilibre de son diabète dans le discours des médecins.

MG8: Le problème du niveau socioéconomique. Ceux de bas niveau socioéconomique ont des problèmes d'équilibration du diabète. L'ETP en diabète : c'est aussi aller voir un spécialiste. Parfois pour des questions financières, on est un peu coincé.

MG16: Il y a le niveau socioéconomique. Faire un régime quand on n'a pas de rond, c'est pratiquement impossible. Ça coûte cher de faire un régime. Le niveau socioculturel et socioéconomique.

MG17: Il faut changer les habitudes, cuisiner autrement, acheter autrement et il y a les problèmes de budget.

MG19: Traiter du diabète dans ces populations par rapport à Montbonnot Saint Martin. Ici, le type 2, il fait ça nickel en s'achetant des produits bios, il fait très bien son régime.

MG23: J'ai une clientèle favorisée, il y a un peu de social. Ce sont des gens qui font attention à eux, à leur qualité de vie.

MG27: La population est plutôt ouvrière avec des populations transplantées diabétiques nord africaines. La question de la culture culinaire.

2.3.4. Le patient polypathologique

Les patients diabétiques de type 2 sont porteurs de plusieurs pathologies dont le suivi est intriqué. Ils doivent pouvoir bénéficier d'autre part d'un dépistage adapté à leur âge.

En analysant les informations recueillies, les médecins témoignent d'une difficulté à gérer parfaitement ces patients complexes de par leurs maladies. La complexité est inhérente au fait que les patients rencontrent leur médecin traitant à qui ils confient, aussi, leurs difficultés personnelles.

La place de l'ETP est difficile à trouver au sein de la prise en charge de ces patients.

E4: C'est-à-dire que si le patient a beaucoup de problématiques, aiguës, chroniques.

MG12: J'en ai deux ou trois, où je me dis que j'ai oublié tel ou tel problème. Pourtant ce sont des gros problèmes à régler. Il y a des pathologies liées au diabète mais le patient peut en avoir d'autres. Il y a aussi le dépistage systématique.

MG14: La complexité des dossiers.

MG20: On a plein de gens qui ont d'autres problèmes, autres que leur santé.

3. Les ressources utilisées par les praticiens pour mettre en œuvre l'ETP au cabinet

Les ressources évoquées sont multiples. Certaines dépendent de l'implication du médecin, d'autres du patient.

De plus, quand on interroge les médecins généralistes sur les professionnels qui pourraient participer à la prise en charge éducative de leurs patients diabétiques, il en ressort que l'offre éducative est riche. Ils espèrent que leur discours, entre professionnels de l'ETP, puisse être harmonisé en s'appuyant sur des documents ou des outils communs.

3.1. Ressources liées au médecin

| | | |
|---|--------------------------|----|
| la formation médicale continue, les connaissances | | 12 |
| la relation médecin-malade | être le médecin traitant | 11 |
| | le savoir-faire | 13 |

3.1.1. Participation à des formations médicales continues (FMC)

Nous l'avons vu précédemment, un certain nombre de praticiens déplorent le manque de formation concernant l'ETP. Pourtant, tous s'investissent dans des FMC régulières : ils s'appuient sur les notions acquises à cette occasion pour avoir une approche éducative au cabinet.

MG3: Les formations, ça m'aide bien pour l'orientation de l'interrogatoire.

MG9: J'essaie de consacrer une journée par mois à l'ETP.

MG10: Je vais faire de la formation : ça veut dire que ça va prendre du temps.

MG13: Les séminaires, les formations.

MG27: Surtout ce que j'ai pu mettre de côté, glaner aux formations.

MG29: Avec les formations.

E5: Les formations faites dans ce domaine.

Cinq médecins généralistes de notre étude déclarent utiliser leurs connaissances en diététique pour l'éducation du patient.

MG3: Quand tu connais le sujet, c'est plus facile de faire de l'ETP.

MG14: Mes connaissances. On n'a pas de documents particuliers.

MG15: Je m'appuie sur mes connaissances.

MG16: J'ai mes pompes dans ma tête.

MG29: J'espère sur ce que j'ai appris même si ça a dû changer !

3.1.2. La relation médecin-malade

Cette relation est le pilier de la pratique de la médecine. Pour les médecins interrogés, ce lien avec le patient est essentiel car il permet d'établir un climat de confiance, une meilleure connaissance des patients et un suivi le plus adapté possible.

3.1.2.1. Le médecin traitant : relation de confiance, connaissance accrue du patient et suivi facilité

Le fait d'être le médecin traitant favorise la relation médecin-malade. Il est au cœur de la prise en charge en étant l'acteur le plus proche du malade. Le médecin traitant a une plus grande connaissance personnelle de ses patients.

MG3: C'est bien de revoir les patients dans le temps, c'est l'avantage du médecin traitant. On est plus au cœur de la prise en charge.

MG16: On est médecin traitant donc on connaît leur mode de vie, leur métier, leurs difficultés, leurs problèmes dans la vie donc c'est un énorme outil.

Les médecins généralistes pensent aussi que leur statut de médecin traitant favorise le suivi des patients. Ce suivi régulier est une ressource importante pour une démarche éducative.

MG8, MG9 : Le fait d'être médecin traitant, ça permet de revoir les patients.

MG17: Le fait d'être médecin traitant permet le suivi dans le temps.

MG18: Le fait de pouvoir les voir régulièrement, ça aide.

MG20: J'essaie de les revoir plus souvent et je fragmente.

MG23: Moi, c'est surtout de les revoir.

MG25: Le fait d'être médecin traitant fait qu'on a le temps devant nous.

MG27: Je n'hésite pas à les revoir tous les quinze jours.

MG28: Le fait d'être médecin traitant aide au suivi médical.

3.1.2.2. Le savoir-faire

Les praticiens, lors des entretiens, confient que le savoir-faire dans la relation médecin-malade est une ressource.

Ce savoir-faire passe par différentes notions. MG16 évoque l'empathie qui est un des fondamentaux pour réaliser de l'ETP.

MG16: Il faut fonctionner dans l'empathie.

Un interrogatoire bien construit et bien orienté est une part du savoir-faire, selon MG2. Il permet de recueillir des informations intéressantes pour une approche éducative.

MG2: Un interrogatoire correct par rapport à l'alimentation, à l'activité du patient, à son contexte social et professionnel et pathologies associées.

La parole, le langage sont des ressources pour les médecins généralistes. Ils permettent d'installer la relation médecin-malade et de faire diffuser une information, des explications, relatives à l'ETP.

MG9: J'utilise des choses imagées. Le rein c'est le filtre de la cafetière et qu'en mangeant du sucre, il se caramélise.

MG12: C'est une transmission orale.

MG16: Le dialogue avec le patient.

MG17: J'essaie d'être clair, je fais des explications.

MG19: J'essaie d'avoir des arguments sur l'intérêt de la prise en charge, les risques à long terme, les complications, malgré tout, la surveillance biologique. Voilà, c'est le côté médical de la chose. Je m'appuie sur le fait qu'ils auront un meilleur confort de vie, qu'ils seront mieux. J'essaie de montrer des choses qui sont dans leur intérêt.

MG26: Je reste plus simple qu'avant dans la façon dont je transmets le message. Il faut passer par l'oral, peu par l'écrit car ils ne comprennent pas toujours.

MG27: L'information pour le patient est plutôt orale.

MG28: Je me sers de ma parole !

Savoir prendre le temps et être disponible favorise l'efficacité de la relation médecin-malade.

E1: Les ressources qu'on a, c'est que la consultation est longue.

MG3: L'important c'est de prendre le temps.

MG8: Prendre le temps et avoir une consultation spéciale.

3.1.3. Propositions des praticiens pour lutter contre le manque de temps

| | |
|--|---|
| prendre du temps imparti à l'ETP | 7 |
| consultation spécifique pour le diabète et l'ETP | 4 |
| évaluations régulières avec le patient | 6 |

La notion de temps a été citée à plusieurs reprises dans les difficultés pour faire de l'ETP. Les praticiens ont alors évoqué des propositions, des ressources pour avoir une meilleure approche éducative.

Ils proposent tout d'abord de prendre du temps imparti à l'ETP.

MG7: J'essaie de le prendre. C'est pour ça que je suis en retard dans mes consultations.

MG8: J'essaie de consacrer trente minutes facilement aux diabétiques mais on peut difficilement faire plus.

MG12: Si j'arrive à consacrer parfois trois quart d'heure à l'éducation des diabétiques, ce n'est pas possible de tout caser. Il ne faut pas les assommer d'informations.

MG13: On essaie de garder les gens, vingt minutes. Je ne mets pas plus de trois personnes par heure, voire plus souvent deux.

MG14: On essaie d'adapter la durée de consultation.

MG22: Je prends mon temps sinon je prends sur rendez-vous. Là je fais du libre.

MG30: Ça serait bien de rester une heure avec un patient diabétique pour tout faire.

D'autres évoquent la possibilité de dédier une consultation spécifique au diabète et à l'ETP qui en découle.

MG1: Ceci dit, à nous de consacrer une consultation que pour ça.

MG4: Pour bien les informer, ça prend plus que vingt minutes de consultation ou il faudrait une consultation que pour ça.

MG16: Le temps, il faudrait un temps imparti pour ça. Une consultation annuelle impartie pour ça. Pour qu'on puisse vraiment faire les choses correctement. Il faudrait qu'on ait une consultation de synthèse annuelle pas forcément prise en charge par le patient. Une consultation de 2C où on met tout à plat.

MG23: Je les mets en fin de consultation le plus souvent.

Enfin, certains essaient de revoir le patient régulièrement pour faire des évaluations régulières.

MG6: On les fait revenir souvent. Il y a un suivi et un sérieux pour toutes les pathologies chroniques.

MG8: J'essaie de consacrer trente minutes facilement aux diabétiques mais on peut difficilement faire plus. Ou, on essaie de les faire revenir.

MG20: Moi, ça ne me pose aucun problème de reconvoquer, reprogrammer une consultation pour réexpliquer des choses et pour être sûre de la compréhension. Le temps, c'est sûr que sur les quatre mois d'hiver, on a moins le temps.

MG27: On entre vite dans des plans de financements que le médecin ne peut pas faire seul. Faire un papier que les patients puissent emporter, faire un programme, relancer les gens voir ce qu'ils en ont tiré. Faire un vrai travail d'éducation thérapeutique.

E2: Reconvoquer les patients, les suivre c'est mieux.

E3: Il faut des piqûres de rappel. Ce n'est pas sur une fois que ça suffira. Il faudra réexpliquer, faire des injections de rappel, les restimuler. Il faut stimuler les gens et les prendre à bras le corps pour les bouger.

3.2. Ressources liées au patient, selon les médecins

Suite aux entretiens, plusieurs ressources issues du patient se dégagent.

| | |
|---|---|
| l'entourage du patient | 4 |
| la connaissance du mode de vie du patient | 5 |
| l'acceptation du patient | 3 |
| les connaissances du patient | 1 |

3.2.1. L'entourage du patient

Les praticiens s'appuient sur l'entourage du patient qui reprend l'éducation à domicile. Ce dernier est une ressource précieuse.

MG6: La prise en charge des diabétiques est compliquée car il y a un côté familial important. Parfois, c'est intéressant.

MG7: Les documents pour les enfants sont intéressants car ils peuvent reprendre leurs parents.

MG20: Il y a des familles super et très présentes pour leurs « anciens ». Si la personne en face de soi n'est pas capable de s'approprier sa maladie et la prise en charge de son diabète, ce sont les enfants qui le font car leurs parents vivent chez eux. On s'appuie sur les familles pour l'éducation. C'est très précieux car ça marche bien de passer par les enfants. Ils réexpliquent à leurs parents.

MG30: Le fait de connaître le patient et sa famille c'est une ressource. Surtout la famille.

3.2.2. Connaissance du mode de vie du patient

Le fait de connaître le patient, son mode de vie permet au médecin d'avoir une approche éducative plus adaptée et personnalisée.

Les praticiens s'enquèrent de leur alimentation, leur activité physique, du mode de vie en général.

MG15: On s'appuie sur les régimes, sur ce qu'ils mangent.

MG16: Mes ressources, c'est tout ce que je sais du patient.

MG17: Je leur fait dire ce qu'ils ont mangé ce jour. Je leur écris pour mettre en évidence les erreurs, les oublis en complétant ce qu'ils pourraient faire. Je leur fait faire des calendriers avec leurs repas.

MG23: Je leur demande de faire un semainier.

MG25: Je fais une enquête diététique. Je leur demande de me rapporter un carnet diététique.

3.2.3. Prise de conscience du patient : acceptation de la maladie et compréhension des enjeux thérapeutiques

Plus le patient a cheminé dans l'acceptation de sa maladie, plus il peut être une ressource pour faire de l'ETP.

MG1: L'adhésion du patient par rapport à leur maladie, déjà qu'ils sachent ce que sait.

MG8: S'il y a une bonne observance, ça peut marcher.

Sa motivation est citée comme étant une aide à la prise en charge.

MG18: Il y a une part de motivation et de capacité intellectuelle à intégrer.

3.2.4. Connaissances antérieures du patient

Un des médecins généralistes s'appuie sur les connaissances du patient et personnalise ainsi sa prise en charge pour faire de l'ETP.

MG11: Je me sers de ce qu'ils savent pour les faire progresser et les amener à réfléchir pourquoi c'est important pour eux.

3.3. Les soutiens éducatifs : les professionnels

Quand nous interrogeons les médecins généralistes et les endocrinologues sur les ressources, il en ressort que d'autres professionnels pourraient participer à la prise en charge éducative de leurs patients diabétiques. Cette offre éducative est riche, avec une place importante pour les diététiciennes, les infirmières, les spécialistes et ProxYDiab 38. L'harmonie du discours permet d'optimiser et rendre cohérent l'intervention de chacun.

MG24: On a besoin d'autres personnes pour le faire.

| | | |
|--|--------------|---|
| structures éducatives | ProxYDiab 38 | 8 |
| | CHU | 4 |
| diabétologue, diététicienne, infirmière | | 7 |

3.3.1. Structures spécialisées en ETP

ProxYDiab 38 est une offre éducative citée à plusieurs reprises. Sept médecins sur les vingt connaissant la structure citent ProxYDiab 38 comme ressource pour la prise en charge éducative.

MG2: Le changement d'intervenant est intéressant.

MG3: D'où l'intérêt d'avoir un réseau et adresser les patients à des professionnels qui ne font que ça.

MG6: ProxYDiab 38, c'est bien. C'est une application pratique.

MG7: On a la chance d'avoir un hôpital avec un service d'ETP et donc j'étais très partante pour ProxYDiab 38.

MG10: Les structures comme ProxYDiab 38, ça peut être bien.

MG14: On s'aide de Proxydiab.

MG20: J'envoie facilement vers Proxydiab. Il y a les stages d'ETP à l'hôpital que je fais régulièrement à mes patients.

MG21: Il est très utile d'avoir des structures comme ça. Il y a maintenant le RSI.

Le CHU est aussi considéré comme un soutien éducatif toujours d'actualité et dynamique. Deux médecins utilisent ProxYDiab 38 et l'offre éducative du CHU en alternance.

E2: Dans ce sens, le service de l'ETP de l'hôpital offre un meilleur service par les repas pris en commun. Le plus, c'est que ce soit sur des jours en continu avec une dynamique de groupe, plus d'échanges, apports de connaissance. Les exercices autour d'un repas,...

MG9: Les quelques patients qui ont bénéficié d'ETP au CHU ont mieux imprimé.

MG20: J'envoie facilement vers Proxydiab. Il y a les stages d'ETP à l'hôpital que je fais régulièrement à mes patients.

MG30: On a peu recours aux infirmières ou chez des gens très âgés. Ce qui est très bien, c'est le stage à l'hôpital.

3.3.2. La diététicienne, l'infirmière et le diabétologue : des piliers de l'offre éducative complémentaire

Ces professionnels sont les plus fréquemment cités pour participer à l'éducation du patient diabétique. Le problème d'accessibilité à la diététicienne, car ses consultations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, sera soulevé dans une seconde partie.

Trois médecins de l'entretien 1 et 2 et deux médecins de l'entretien 3 citent ces différents partenaires.

MG8: L'infirmière est une ressource.

MG9: Ils réagissent parfois quand ils voient un autre intervenant, le spécialiste, un copain dialysé.

MG14: Si on a besoin, pour les injections : il y a les infirmières.

MG15: Il faudrait des infirmières. On ne peut plus gérer tout ça, vu le manque des médecins actuellement. C'est un travail d'infirmières.

MG20: Nous, on s'appuie beaucoup sur les infirmières. Pour l'apprentissage des dextros. L'accompagnement initial s'appuie sur une prescription infirmière.

MG21: Les diététiciennes, ProxYDiab 38 déjà. Il faut des diététiciennes et des nutritionnistes.

MG22: Je travaille avec des diététiciennes et je m'entends bien avec Pr Halimi. J'ai des bons correspondants en ville.

3.4. Les supports éducatifs : les documents

Ces supports éducatifs sont nombreux et utilisés fréquemment par les médecins. Ils tentent de favoriser l'adhésion du patient par ce biais.

De plus, l'industrie pharmaceutique et les visiteurs médicaux constituent un partenaire, non cité ouvertement, dans la mise à disposition de ces documents pédagogiques.

D'autres documents sont utiles aux médecins pour leur pratique d'ETP.

| | | |
|----------|------------------|----|
| patients | fiches patient | 16 |
| | supports visuels | 4 |
| | internet | 2 |
| médecins | recommandations | 3 |
| | revues | 3 |

3.4.1. Les fiches patient

Quinze médecins déclarent utiliser ce type de documents pour leur prise en charge éducative du patient.

Ces fiches pédagogiques s'appuient sur des plaquettes de laboratoires, ou sur des documents réalisés par le praticien.

MG5: J'ai des fiches sur les dyslipidémies, l'alimentation.

MG6: Je leur donne des régimes mais ce n'est pas toujours suivi.

MG7: J'ai des fiches de régime, sur les dyslipidémies. Le sport sous forme de document aussi.

MG14: Je n'ai plus de petits régimes en cas d'hypertriglycéridémie, par exemple.

MG15: Je leur donne de la documentation comme les soins dentaires chez les diabétiques.

MG22: Je donne des documents en écrit. C'est mieux, on en parle au fur et à mesure et ça repose sur des lectures.

MG23: Je donne des brochures avec des menus que les labos me donnent.

MG26: Je leur donne des informations papier assez succinctes et faciles d'accès.

E3: J'ai quelques documents, fascicules sur l'hygiène de vie, la diététique, sur les soins des pieds, ...

E4: On a des supports pédagogiques donnés par les laboratoires. On a des classeurs avec « comment injecter ? » par exemple. On a des gadgets, on fait des démonstrations.

MG8 : J'ai élaboré personnellement une fiche signalétique d'une page qui résume tout.

MG9: Par rapport aux conseils diététiques, j'ai des supports que je me suis fait où je montre les aliments, ce qu'il faut diminuer.

MG16: Je me suis fait des modèles de régime tout simples que j'imprime aux patients.

MG24: J'ai quelques documents écrits et puis j'ai des choses préenregistrées sur mon ordinateur et je leur donne facilement.

D'autres sont des fiches personnalisées sur l'alimentation données au patient en fin de consultation.

E2: Je fais un programme alimentaire personnalisé avec des groupes d'aliments à adapter en fonction de la saison, de leur goût, d'organiser leur menu. Je donne des fascicules donnés par les laboratoires en les lisant avant.

E3: Je fais une prescription diététique personnalisée adaptée aux besoins de chaque patient.

3.4.2. Des supports visuels et informatiques pour les patients

Les médecins se servent aussi de croquis, de dessins pour expliquer au patient les tenants et les aboutissants du diabète.

MG18: Je travaille beaucoup avec des atlas descriptifs.

MG19: Je fais des croquis que je leur donne. Je fais beaucoup de dessins en consultation.

MG25: Essentiellement sur des dessins que je fais.

E2: Supports visuels, audiovisuels.

De plus, ils conseillent certains sites internet à leurs patients pouvant compléter l'approche éducative au cabinet.

E2: Je les envoie sur « santé, manger, bouger ». Je leur conseille des sites internet pour qu'ils puissent s'informer.

MG13: Je les envoie sur le site de l'AFD.

3.4.3. Supports éducatifs pour les médecins : recommandations de l'HAS, les revues médicales

Trois médecins généralistes estiment que les revues médicales sont une ressource pour une pratique adaptée de l'ETP au cabinet.

MG3: Les supports avec les revues sont importants.

MG27: Pour les revues, je lis le panorama médecine qui a une rubrique avec de l'éducation thérapeutique tout comme le concours médical.

MG29: On a des revues pas mal comme prescrire, l'HAS, nos formations entre médecin.

Les recommandations de l'HAS permettent une mise à jour des connaissances.

MG13: Les documents de l'HAS.

MG18: Les recommandations de l'HAS en diabétologie ont permis d'aider le médecin à suivre ses patients et ont motivé les patients à être un peu plus observants.

MG29: Sur les recommandations de l'HAS.

3.5. Outils éducatifs dans le suivi du patient diabétique de type 2

| | |
|------------------------|---|
| clinique, paraclinique | 4 |
| matériels de suivi | 6 |

Le suivi du patient permet d'utiliser des outils clinique et paraclinique. Ainsi, un médecin cite le poids, un autre l'imagerie et la biologie.

MG6: Le poids, le critère biologique avec HbA1c.

MG10: « Vous n'avez pas maigri », car le seul critère pour parler de ça.

MG15: Je m'appuie en leur expliquant le bon, le mauvais cholestérol. Je fais des dopplers, ça leur parle. « J'ai des plaques d'athérome dans la carotide ». Je fais le score cardiovasculaire: l'âge de leurs artères peut donner une ouverture.

MG18: Je leur rabâche à chaque consultation, les objectifs, le pourquoi des HbA1c, des microalbuminurie.

D'autres ressources, attachées au suivi ont été citées par les médecins. Le matériel, appareil glycémique, stylo à insuline et le carnet de suivi peuvent dynamiser la relation et améliorer la prise en charge éducative.

MG8: Les ressources. Le carnet de suivi, c'est sûr.

MG9: J'utilise un appareil de glycémie capillaire.

MG20: Je me sers du carnet de glycémie et du lecteur.

MG25: Pour ce qui concerne le diabète, j'ai des appareils de lecteurs de glycémie. J'ai des échantillons de seringues pour les patients qui sont sous insuline pour leur montrer.

MG27: Je me sers des chiffres du carnet glycémique pour dire ce qu'ils peuvent faire. J'essaie d'avoir une posture éducative dans mes consultations que je peux donner à mes patients quand leur glyquée est mauvaise ou quand il manipule l'insuline.

MG30: Je faisais des glycémies capillaires au cabinet.

III. PERCEPTION DE PROXYDIAB 38 ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES ET ENDOCRINOLOGUES DE LA REGION GRENOBLOISE

Nous aborderons dans cette partie la vision des médecins utilisant ProxYDiab 38 et étudierons les attentes de ces derniers.

En parallèle, nous interpréterons le discours des médecins ne connaissant pas ProxYDiab 38 et statuerons sur leurs demandes.

Enfin, pour les entretiens 2, nous nous attacherons à préciser le frein entraînant l'absence de patients inscrits alors que les médecins connaissent la structure.

1. Voies de connaissance de ProxYDiab 38

1.1. Comment les praticiens ont-ils découvert ProxYDiab 38 ?

| | |
|--------------------------|----|
| réunions de présentation | 13 |
| courrier | 4 |
| délégués médicaux | 2 |
| centres de santé | 2 |
| groupe de pairs | 2 |
| l'ADELIE | 5 |

1.1.1. Réunions de présentation

Sept médecins généralistes adressant régulièrement des patients à ProxYDiab 38 ont découvert la structure suite à des réunions de présentation organisées par l'équipe éducative.

MG1: On avait fait une formation avec Pr Halimi et il nous en a parlé au décours d'un dîner.

MG4: Par une formation avec une présentation du projet de ProxYDiab 38 par Pr Halimi.

MG5: Par une soirée organisée par un laboratoire sur le diabète et les incrétones.

MG6: On en parlait avec Pr Halimi depuis des tonnes de réunions et on en ressentait tous le besoin.

Je suis allé aux réunions et ça se passe très bien.

MG10: Par une réunion d'informations faite par Dr Halimi et l'équipe de ProxYDiab 38.

MG12: Ça faisait vingt ans que j'attendais. J'avais reçu ce carton d'invitation pour une soirée.

MG24: J'ai connu suite à une proposition de soirée.

Les réunions de présentation sous forme d'EPU ont permis à six autres médecins de l'entretien 2 de connaître ProxYDiab 38.

MG3: Par des réunions en EPU le soir par un laboratoire.

MG7: Par un EPU sur l'ETP. Ensuite, je suis allée à une ou deux réunions. Il y avait aussi les diététiciennes de l'éducation, une infirmière.

MG11: Par une réunion d'information.

MG16: J'ai vu qu'il y avait cette structure sous le nom du Pr Halimi qui est un type brillant. J'en ai profité pour passer une soirée avec eux.

MG18: D'une part par un mailing et par la réunion.

MG22: A une soirée.

1.1.2. Courrier

Un médecin généraliste adressant des patients et trois autres dont aucun patient n'est inscrit, déclarent avoir connu la structure suite à un courrier. Ce courrier était une invitation avec un flyer.

MG8: J'ai reçu au cabinet des plaquettes très bien faites. Expliquant ce que c'était, avec tous les intervenants et un mot de Pr Halimi. Je me suis dit : très bonne initiative.

MG15: J'ai reçu par courrier.

MG17: J'ai reçu un courrier me disant que ça existait et me proposant d'assister à une réunion d'information.

MG21: J'ai connu Proxydiab parce que j'ai reçu une brochure. J'ai gardé des flyers que j'avais pris à une réunion qui a eu lieu à l'automne 2010.

1.1.3. Industrie pharmaceutique, délégués médicaux

Deux médecins généralistes (un du premier entretien et un du second) ont connu la structure suite à une visite d'un délégué médical au cabinet.

MG1: J'avais eu l'information par un laboratoire diabéto.

MG13: C'est par l'intermédiaire d'un laboratoire pharmaceutique.

1.1.4. Les centres de santé

Une collaboration s'est mise progressivement en place entre ProxYDiab 38 et les centres de santé de Grenoble. Dans ce cadre, la structure a organisé des réunions de présentation au sein des centres.

Lors de mon enquête, j'ai réalisé deux entretiens de médecins rattachés aux centres de santé. Ils adressent régulièrement des patients et ont connu ProxYDiab 38 suite à ces réunions de présentation.

MG14: Par Pr Halimi. Il est entré en relation avec les centres de santé. Il voulait faire un partenariat.

MG20: J'ai connu via les centres de santé et le programme de nutrition.

1.1.5. Les groupes de pairs

Ces réunions de discussion organisées par les médecins généralistes permettent une diffusion d'information. Deux praticiens travaillant en collaboration avec ProxYDiab 38 déclarent avoir connu la structure suite aux groupes de pairs.

MG4: Il y a aussi de bouche à oreille et on en a parlé à notre groupe de pairs.

MG24: On en a parlé en groupe de pairs.

1.1.6. L'ADELIE

L'ADELIE est l'association des diabétologues, endocrinologues libéraux sur la région grenobloise. Céline FARRE, diabétologue à ProxYDiab 38 a présenté la structure éducative à ses pairs lors d'une des réunions. Toutes les endocrinologues interrogées déclarent avoir connu ProxYDiab 38 par ce biais.

E1: Par Céline et Pr Halimi car je les vois assez souvent. Céline a présenté ProxYDiab 38 à la réunion des endocrinologues lors d'une réunion de notre association l'adelle.

E2: Je fais partie de l'association « adelle » et Céline Farre nous a présenté le projet il y a deux ans.

E3: Par Céline Farre. Elle a fait une réunion avec les endocrinologues.

E4: C'est Céline Farre qui nous en a parlé et nous l'a présenté. Elle est investie dans ce réseau. Elle a fait une présentation par le biais de l'adelle.

E5: Par la copine diabéto qui est attachée, qui nous a fait tout de suite l'information dans le cadre de notre association adélie (associations des diabétologues endocrino libéraux).

1.2. Comment faire connaître la structure ? Propositions des médecins généralistes ne connaissant pas ProxYDiab 38

Plusieurs idées sont exposées par les médecins de l'entretien 3. Elles seront énoncées par ordre de fréquence.

| | |
|------------------------------------|---|
| courrier | 5 |
| visite d'un membre de la structure | 5 |
| réunions de présentation | 3 |
| mails, internet | 3 |
| instances | 3 |
| revues | 1 |

1.2.1. Le courrier

MG2: L'utilisation du courrier.

MG19: Le courrier pourquoi pas ? Mais on en reçoit tellement. Je vous assure !

MG23: Par courrier, pourquoi pas ?

MG27: Le courrier, j'y suis sensible.

MG29: A part les moyens type courrier avec convocation.

1.2.2. Démarchage au cabinet par le médecin responsable ou un membre de la structure

MG2: Il faut un abord direct du médecin, des personnes qui démarchent au cabinet.

MG19: C'est de venir nous les présenter mais c'est compliqué. C'est le mieux.

MG23: Il faudrait venir voir les médecins. Et moi, j'aimerais bien voir les locaux, aller à une inauguration, voir comment ça se passe.

MG27: Par les généralistes comme vous le faites. Par le médecin, c'est le meilleur passage.

MG28: Je pense par contact direct avec les médecins. Je suis en partisan de se présenter. Dès qu'on met un visage, c'est plus facile et les relations entretenues sont différentes.

1.2.3. Des réunions de présentation

MG2: Par l'organisation de réunions...

MG9: Il faudrait des réunions de présentation car c'est différent d'un flyer de pub. Quand on reçoit des courriers comme ça, on se dit c'est de la publicité. On ne sait pas ce que ça vaut. Je pense qu'il faut le nom d'un référent.

MG26: Par l'intermédiaire de soirées pour présenter les intervenants et ça te donne envie.

1.2.4. Des mails, utilisation d'internet

MG26: C'est vrai que je pense que la communication internet, c'est bien.

MG27: Mes jeunes confrères sont peut-être plus internet.

MG30: Par mails. C'est mieux que le courrier mais il faut les adresses mails !

1.2.5. Appui des instances

MG8: Le proposer par la sécurité sociale elle-même. Il faudrait que comme pour les visites chez le dentiste pour les adolescents, une proposition par la sécurité sociale. Un rendez-vous pour votre diabète vous est proposé de telle date à telle date. En plus, il y a un engouement pour les bilans de santé. Il faut peut-être que ça passe par une autorité.

MG25: Il faut faire de la publicité. Je pense que les caisses d'assurance maladie connaissent bien et savent quel patient est sous metformine. Ce critère là pourrait sélectionner les patients. Recevoir un bon pour une séance qui peut laisser une chance à ProxYDiab de se faire connaître.

MG27: La sécurité sociale pourrait faire passer l'information car elle connaît ses diabétiques, une fois par an.

1.2.6. Les revues médicales

MG2: Par les revues ? Mais les médecins ne les lisent pas tellement.

2. Facteurs incitant les médecins à proposer ProxYDiab 38

Cette question a été posée aux médecins adressant régulièrement des patients (entretien 1) et aux médecins qui l'ont proposé à leurs patients sans qu'aucun ne soit inscrit (entretien 2).

Des idées essentielles ressortent des entretiens : la pluri-professionalité, la gratuité, la compétence d'une équipe de proximité.

| | |
|-------------------------|----|
| pluri-professionalité | 16 |
| gratuité | 13 |
| compétences de l'équipe | 7 |
| accessibilité | 11 |
| caractère novateur | 11 |

2.1. La pluri-professionalité de la structure

Seize médecins déclarent que la multidisciplinarité de la structure permet et facilite la prise en charge globale de leurs patients diabétiques de type 2.

MG1: Je pense qu'il y a une prise en charge globale. Il y a quelqu'un pour l'éducation diététique, quelqu'un pour l'activité physique. Il y a un médecin référent.

MG3: C'est une structure multidisciplinaire, il y a une vraie prise en charge.

MG4: C'est la première fois qu'on nous proposait un réseau comme ça avec une prise en charge globale.

MG5: J'ai confiance en ProxYDiab 38 car c'est pluridisciplinaire et il y a une intervention médicale.

MG6: Le fait que ça soit pluridisciplinaire avec le vécu du diabète. Si les patients ont des résultats, ils sont contents, ça les motive et ça joue sur le versant psychologique.

MG7: L'avantage du tout groupé fait qu'on a un panel de possibilités une fois qu'on est entré dans ProxYDiab 38.

MG8: J'aurais plus envie de ProxYDiab 38 car c'est multidisciplinaire.

MG10: Une équipe, c'est intéressant. Ça peut les aider à prendre conscience, comprendre pourquoi c'est mieux de faire baisser l'HbA1c, de faire du sport, de perdre du poids pour ne pas boucher les artères.

MG12: C'est une structure avec une endocrinologue avec un regard extérieur sans intervenir sur les traitements, il y a une IDE, des diététiciennes. Ce sont des visions différentes et la complémentarité de l'équipe est intéressante.

MG15, MG20, E1: Le côté pluridisciplinaire.

MG18: La pluridisciplinarité fait la qualité.

MG21: C'est la prise en charge globale. C'est la multidisciplinarité.

MG22: La multidisciplinarité c'est très intéressant.

MG24: Je pense que c'est plus intéressant : c'est multidisciplinaire, la rencontre avec d'autres patients.

Certains médecins reprennent l'idée de la pluri-professionalité en précisant le rôle essentiel de la diététicienne.

MG16: Les diététiciennes, je m'en sers essentiellement pour l'obésité mais peu pour le diabète. Je pense qu'elles sont valables mais je préfère qu'il y ait un médecin qui sache interpréter des HbA1c, qui sache voir la polyopathie du patient. J'ai l'impression qu'elles ne voient qu'un petit bout de la lorgnette. Ça me plaît plus qu'il y ait un médecin superviseur.

E4: Par rapport à une diététicienne, c'est le travail en équipe qui prime.

E5: C'est une structure multidisciplinaire. Il y a la structure de groupe : on sait qu'il y aura l'éducation en groupe qui est intéressante. Il y a la diététicienne en même temps qu'un autre avis médical avec une éducatrice sportive.

2.2. La gratuité de ProxYDiab 38

Les difficultés pécuniaires dans le contexte actuel sont à prendre en compte. L'accès gratuit à la structure incite les médecins à proposer la structure et facilite la prise en charge du patient.

MG4: Le fait que ce soit pris en charge à titre financier : c'est important pour le patient parce que c'est une motivation en plus si c'est gratuit. Les patients sont contents dès qu'on leur propose une offre gratuite.

MG8: La gratuité est essentielle.

MG11: C'est gratuit.

MG15: La gratuité !

MG16: La pluridisciplinarité et la gratuité.

Le problème de l'accessibilité à la diététicienne est soulevé car ses consultations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

MG1: La diététicienne c'est payant. La question qu'ils me posent tout de suite, c'est: "est ce que c'est payant?". Je leur explique que non.

MG5: C'est toujours le même problème : celui de l'argent. La santé c'est gratuit. On ne doit pas payer. Aller dire à quelqu'un d'aller voir une diététicienne : on retrouve l'obstacle financier. Il n'y a pas d'argent à avancer à ProxYDiab 38 donc ça facilite l'accès.

MG7: C'est clair pour la diététicienne. Ici, beaucoup de personnes ont des difficultés financières. C'est la gratuité ici car sinon ce n'est pas la peine d'en parler.

MG12: C'est simple, la diététicienne n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Dans le même ordre d'aberration, l'ETP c'est important comme l'éducation diététique mais il n'y a aucun forfait de prise en charge pour la diététicienne. Au niveau des podologues, il y a une petite prise en charge mais en stade dégradé. Du même ordre de grandeur, les diabétiques de type 2 ont droit seulement à 200 bandelettes par an remboursées.

MG18: Les diététiciennes. Malheureusement, la non prise en charge par la sécurité sociale dans le cadre du diabète est un énorme frein. Ils y vont deux, trois fois et on a du mal à les renvoyer. La gratuité est un facteur facilitant.

MG21: D'abord les diététiciens, les gens y vont quelquefois et ils abandonnent vite. Ce n'est pas donné. Donc la gratuité c'est essentiel. Les gens ne peuvent pas sacrifier leurs revenus pour ça. Ce n'est pas mal, je trouve que c'est bien et il faudrait que ça soit pérennisé dans le temps.

MG22: Les diététiciens, ils y vont, ils paient une consultation.

E3: La diététicienne n'est pas remboursée ! La gratuité.

2.3. Les compétences de l'équipe de ProxYDiab 38

Lors des entretiens, les compétences des différents acteurs de la structure ont été complimentées. La personnalisation de la prise en charge est citée avec instauration d'une relation de confiance entre professionnels.

MG8: Plus efficace en gagnant du temps.

MG5: J'ai confiance en ProxYDiab 38.

MG10: Leurs compétences. Je pense que les spécialistes, c'est comme nous : ça ne marche pas. Le personnel qui travaille est tout feu tout flamme donc sympathique, compétent, dynamique, à l'écoute.

MG12: Les modules axés sur différents sujets que le patient peut prendre à la carte et à son rythme. Ça c'est énorme !

MG15: Une équipe franchement compétente, à l'écoute.

E1: Je connais l'équipe car c'était elle qui travaillait au CHU. Je sais leurs compétences.

E3: Parfois, certaines personnes ont des problématiques particulières. Il faut prendre du temps pour leur problème, à eux. Essayer de trouver des solutions personnalisées.

2.4. L'accessibilité et la proximité de ProxYDiab 38 pour une pratique ambulatoire simplifiée

MG1: L'avantage c'est que ce n'est pas loin de mon cabinet.

MG8: Il n'y a pas de problème d'accessibilité.

MG10: Mieux que l'hôpital car ils attendent moins, mieux car c'est plus facile d'accès.

MG11: L'accessibilité me semble facile en tram pour ceux qui n'ont pas de voiture.

MG12: A Grenoble, on est hyper-favorisé car ProxYDiab 38 est à deux pas d'ici. Beaucoup de patient sont dans le quartier, les autres à l'Arlequin, donc c'est à côté avec le tram. Le déplacement ce n'est pas un problème pour eux.

MG14: C'est proche du tram.

MG22: L'accessibilité est bonne et facile.

La structure contrairement au CHU fait moins peur et semble plus adaptable au niveau des horaires.

MG1: Ce n'est pas une structure hospitalière. Avant, on envoyait les patients à l'hôpital en éducation diabétique sur une semaine. C'est quand même plus libre et plus facile.

MG7: Les délais au CHU sont plus longs. La diminution de l'offre au CHU : avant c'était une semaine, maintenant c'est trois jours.

MG15: Le côté du je ne vais pas à l'hôpital. C'est différent sur le plan organisationnel mais c'est la même chose qu'à l'hôpital, la même prise en charge. Ceci de façon plus sympathique, hors structure hospitalière.

E4: ProxYDiab 38, c'est intéressant pour les gens qui travaillent et qui ne veulent pas rester hospitalisés longtemps.

2.5. Le caractère novateur et unique de la structure est un facteur incitatif et motivationnel pour les praticiens

MG3: C'est la seule structure que je connaisse qui a une telle prise en charge.

MG4: C'est la première fois qu'on nous proposait un réseau comme ça avec une prise en charge globale.

MG6: C'est une application différente de la prise en charge médicale.

MG8: Le principe est super : c'est vraiment ce dont on a besoin.

E5: Il y a la diététicienne en même temps qu'un autre avis médical avec une éducatrice sportive. C'est rare.

De plus, les médecins soulignent la complémentarité de ProxYDiab 38 qui appuie leurs discours donné au cabinet. Par ailleurs, la motivation du patient est plus importante par le biais des ateliers en groupe.

MG14: Comme c'est en groupe, ils sont confrontés à d'autres représentations par rapport à leur maladie. C'est une aide sur leurs propres habitudes alimentaires, d'induire des changements par rapport à ça. Proxydiab, pour moi, c'est une façon de prendre conscience de ce qu'est le diabète même si on essaie. Comme c'est en groupe, ils vont être confrontés à d'autres représentations du diabète et ça peut les aider à se positionner différemment par rapport à leur maladie. Peut-être à ce moment là, arriver à intégrer et à faire leur ce que nous on leur dit en consultation. Essayer de trouver une résonance par rapport à ce qu'on leur dit, ce que leur dit la diététicienne... Quelque part, il faut faire le lien entre ce qu'ils entendent à ProxYDiab 38, sur des généralités imagées et par rapport à ce que disent d'autres patients. J'attends un déclic pour le patient.

MG21: Ça nous aide bien et j'en envoie de plus en plus.

E3: C'est différent d'aller voir quelqu'un dans son cabinet seul, et ProxYDiab 38 en atelier de groupe.

Les médecins ont l'impression que ProxYDiab 38 a une disponibilité de temps pour l'ETP plus importante qu'eux. La structure peut accompagner les patients sur le long terme.

MG8: C'est plus efficace en gagnant du temps.

MG11: Ce n'est pas une seule consultation, puis point. Il y a un suivi, une réévaluation. L'éducation, c'est de l'éducation. Il faut répéter, répéter et réévaluer ce qu'on a fait. Je trouve que c'est un beau concept pour accompagner les gens quand ils retournent chez eux. Des gens disponibles qui ont le temps de faire ce qu'on ne peut pas faire.

E2: Eux, ils ont plus de temps.

Les éléments incitant les médecins à proposer ProxYDiab 38 sont multiples. La pluri-professionalité, l'accessibilité géographique et pécuniaire font que cette structure a su s'intégrer à leur pratique. Ces atouts entretiennent des relations triangulaires sur le long terme : patient, médecin et ProxYDiab 38.

3. Freins d'accès à ProxYDiab 38 : du patient au médecin

L'entretien 2 concerne les médecins généralistes qui connaissent la structure mais dont aucun patient n'est inscrit à ProxYDiab 38.

Une question était posée pour discerner un frein issu du médecin ou du patient :
« avez-vous adressé des patients à ProxYDiab 38 ? ».

- Une réponse positive illustre un frein lié au patient. Nous demandons alors au médecin de nous décrire selon lui les raisons du patient.
- Une réponse négative illustre un non-intérêt de la part du médecin et ses freins étaient alors développés lors de l'entretien.

3.1. Freins du patient vus par les médecins

Neuf médecins sur les dix interrogés déclarent avoir adressé des patients à ProxYDiab 38.

| | |
|---------------------------|----|
| prise en charge difficile | 15 |
| peurs du patient | 6 |
| manque de temps | 10 |
| accessibilité | 5 |

3.1.1. Prise en charge difficile du patient

Les médecins expliquent que pour certains patients la prise en charge est compliquée.

Tout d'abord, ils perçoivent un manque de motivation des patients, pour bénéficier d'une éducation.

MG3: Ce sont des patients avec qui j'ai des problèmes, la prise en charge se fait mal au niveau de l'ETP. Je pense qu'ils ne sont pas prêts. Par manque de motivation.

MG5: Les gens disent oui mais ils s'en foutent.

MG7: C'est difficile de les motiver pourtant c'est un produit fabuleux !

MG8: Si c'est un élément indispensable du suivi, ils s'approprient la question. Si ça reste optionnel, ils ne le feront pas. La motivation du patient est importante.

MG11: Des personnes âgées : « ça ne m'intéresse pas ».

MG15: Ils ne veulent pas y aller.

MG16: Quand je leur explique comment ça va se passer : ils savent très bien et n'ont pas envie car ils ne le feront pas.

MG18: Motiver des gens de type 2, au dessus de la cinquantaine : soit ils sont actifs et ils ne veulent pas faire plus, soit ils sont retraités et ils ne veulent pas se mobiliser. C'est difficile à cause de ça.

Par ailleurs, les patients ne sont pas demandeurs d'ETP.

MG15: Les patients ne sont pas demandeurs.

MG16: Il n'y a pas de demande du patient. Ils n'ont jamais de demande.

Enfin, le déni de la maladie freine la prise en charge par une non acceptation de la maladie par le patient.

E1: C'est ça qui est étonnant : la difficulté à convaincre.

MG8: Le problème le diabète ne fait pas mal.

MG16: Dès qu'on essaie de construire quelque chose avec ces diabétiques, on se fait envoyer sur les roses. J'ai l'impression que c'est une fuite, un déni de la maladie. Tous ceux que j'ai : ils sont un peu forts. Ils sont dans le déni de leur maladie et il faut se battre en permanence pour tout, tout, tout.

MG20: Peur de se soigner car se soigner ça veut dire qu'ils sont diabétiques. S'ils prennent des cachets, ça veut dire qu'ils sont diabétiques. C'est du déni.

MG24: Ceux qui ne travaillent pas, le frein, c'est qu'ils ne veulent pas mettre le doigt sur ce qui ne va pas.

3.1.2. Peurs du patient

Les médecins expliquent que le patient a peur du groupe et du regard des autres. Ils ne veulent pas s'inscrire à ProxYDiab 38 pour cette raison.

MG15: Ils ont peur du groupe essentiellement. Ils sont paniqués et cette dynamique de groupe ne passe absolument pas. Très drôle car je ne pensais pas que ça bloquerait.

MG20: J'ai vraiment des gens qui m'ont dit qu'ils avaient peur. Peur du groupe.

Les patients craignent aussi d'avoir des difficultés de compréhension pure et linguistique.

MG6: La langue, c'est une barrière car certains patients ont peur de rien comprendre. C'est pour ça que je ne voulais pas des cours compliqués.

MG8: La langue est un frein et ils ont peur de ne pas comprendre.

MG11: J'ai essayé de proposer à des personnes maghrébines qui m'ont dit avoir peur de ne pas comprendre.

MG15: Ou alors d'autres qui ont un niveau intellectuel peu élevé qui me disent : « je ne vais pas y arriver, je n'arriverai pas à parler ».

3.1.3. Manque de temps

L'activité professionnelle des patients est un frein pour libérer du temps dédié à l'ETP au sein de ProxYDiab 38.

MG3: C'est vrai que ce sont des patients jeunes qui travaillent, avec des enfants. C'est aussi un manque de temps.

MG7: Le problème, c'est qu'ils ont une activité professionnelle donc ils ne peuvent pas emmener leur mère.

MG8: Le frein du manque du temps, des gens qui travaillent : déjà, c'est difficile de se libérer pour voir le médecin généraliste.

MG13: Soit ils travaillent et n'ont pas le temps.

MG14: Il y a le problème des horaires. J'en ai beaucoup de personnes qui travaillent, 58,59, 48, 45, 36 ans...

MG20: Le frein ce sont les horaires. J'ai quand même quelques patients diabétiques actifs.

MG24: Pour beaucoup c'est inimaginable de libérer du temps. Ce sont des gens qui travaillent ceux à qui j'ai proposé. Se libérer du temps, plusieurs demi-journées, ce n'est pas possible pour eux.

E2: Enfin se libérer trois jours d'un coup au CHU, c'est plus simple que d'aller plusieurs demi-journées à ProxYDiab 38.

Pour certains patients, le médecin pense que le temps n'est qu'une excuse pour pallier au manque de motivation.

MG11: Oui. Je l'ai proposé à deux ou trois patients. Ça toujours été « non, je ne peux pas, je n'ai pas le temps ».

MG16: L'excuse c'est le temps. En fait ce sont des gens qui refusent.

3.1.4. L'accessibilité

Les médecins évoquent le frein lié à l'accessibilité. Certains patients n'osent pas prendre le tram, d'autres en voiture ne savent pas où se garer.

Les patients ne se déplacent pas depuis Voiron pour réaliser des ateliers attenants à l'ETP, par exemple.

MG7: Le problème, c'est l'accessibilité. Les patients n'osent pas prendre le tram.

MG13: Les gens trouvent ça compliqué, c'est loin.

MG18: Oui mais le problème comme je vous disais par téléphone, c'est que Voiron c'est proche sans être proche de Grenoble.

MG24: Pour certains, il y a le frein du déplacement sur Grenoble.

E2: Le problème, c'est se garer en ville, l'accessibilité n'est pas terrible.

3.2. Freins du médecin

Les médecins rencontrés dans l'entretien 2 avouent avoir des freins pour envoyer des patients à ProxYDiab 38.

| | |
|--------------------------------|---|
| fonctionnement de la structure | 6 |
| manque d'informations | 1 |
| oubli | 2 |
| manque d'occasion | 2 |
| manque de persuasion | 2 |

3.2.1. Fonctionnement de la structure

Le fait que les médecins généralistes puissent adresser directement est une cause de désaccord pour une des endocrinologues qui adresse par conséquent peu de patients. Elle pense que le patient doit rencontrer un spécialiste avant de suivre le programme proposé par ProxYDiab 38.

E2: Je suis contre le mode de recrutement par l'accès direct des médecins généralistes qui adressent directement à ProxYDiab 38. Finalement, déjà on voit peu de patients dans ceux qu'on devrait voir. Le

généraliste qui a peur de perdre son patient, l'envoie à ProxYDiab 38 pour l'éduquer. Et le suivi derrière ?

Le médecin généraliste qui n'adresse pas de patients pense que ce n'est pas son rôle de décider si ProxYDiab 38 a un intérêt pour ses patients. La décision appartient au spécialiste, plus compétent.

MG13 : Je n'ai pas adressé de patients à ProxYDiab 38. C'est toujours la même chose. Soit j'ai des patients diabétiques relativement compliants : ils sont faciles à traiter avec des traitements que je maîtrise. Il n'y a pas trop de problèmes. Ce sont des petites doses d'informations. Soit j'ai des patients qui posent problème avec déséquilibre des régimes, un suivi impossible et je les adresse à mes correspondants diabétologues. Ce n'est pas moi qui m'en occupe. Ils sont pris en charge et hospitalisés pour les recadrer avec une formation à l'hôpital pendant deux, trois jours. Je ne les envoie pas directement à ProxYDiab 38.

Les ateliers successifs organisés sur des jours différents sont cités comme un frein. En effet, un médecin de Voiron explique que ces patients ne se déplacent que très rarement sur Grenoble ; un second trouve qu'une hospitalisation programmée, comme au CHU, quelques jours est plus adaptée.

*MG18: Le fait qu'il y ait plusieurs modules sur plusieurs jours différents, c'est le premier frein.
E2: Je pense aussi que le fait de rester sur place c'est mieux sur le plan pédagogique.*

Ainsi, l'offre du CHU pour deux des médecins est suffisante et plus pédagogique.

E2: Je suis très contente du service d'ETP du CHU et mes patients sont pris plus rapidement depuis l'ouverture de ProxYDiab 38.

MG13: Ils sont pris en charge et hospitalisés pour les recadrer avec une formation à l'hôpital pendant deux, trois jours.

3.2.2. Manque d'informations

Un médecin généraliste déclare manquer d'informations et de rappels concernant la structure. Il aurait aimé être plus motivé pour adresser des patients et être recontacté régulièrement par la structure.

MG22: J'en ai parlé mais il y a un défaut d'informations. Vous pêchez par défaut d'informations. Il me manque des arguments et il faut me titiller. Pas de courrier, pas de mail, je n'ai rien vu, rien.

3.2.3. Oubli

Deux praticiens avouent avoir oublié de proposer la structure dans leur approche éducative.

MG11: Ça m'est sorti de la tête, franchement. Je pense que je n'y ai plus pensé.

MG17: Je pense que je l'ai oublié.

3.2.4. Manque d'occasion

Un médecin explique que depuis la réunion de présentation, il n'a pas eu l'occasion d'intégrer ProxYDiab 38 dans la prise en charge du patient.

MG17: Pas depuis que j'ai assisté à la réunion car j'ai eu moins l'occasion de la proposer. C'est marrant. Je n'ai pas eu de gens. C'est un manque d'occasion.

3.2.5. Manque de persuasion

Deux médecins pensent avoir manqué de conviction auprès de leurs patients.

MG8: J'en ai parlé sans faire suivre des faits.

MG11: Peut-être n'ai-je pas été assez incisive.

4. A quel patient la structure est-elle proposée ? Etude du profil des patients

Lors des entretiens, la question était « A quel patient proposez-vous ou proposeriez-vous ProxYDiab 38 ? ». A partir des réponses obtenues, nous avons dressé un profil du patient « type » mais aussi précisé à quel moment dans sa prise en charge, ProxYDiab 38 intervenait.

| | | |
|--|-------------------------|----|
| diabétiques de type 2, caractéristiques sociales | | 23 |
| prise en charge difficile | mauvaise hygiène de vie | 19 |
| | surpoids | 4 |
| | patients résistants | 11 |
| | patients non motivés | 15 |
| patients demandeurs | | 11 |
| équilibre du diabète | | 14 |
| différents moments de la maladie | | 8 |
| systématiquement | | 6 |

4.1. Des patients diabétiques de type 2, de tous âges, actifs ou retraités

ProxYDiab 38 est une structure s'adressant aux patients diabétiques de type 2 sous antidiabétiques oraux avec une injection d'insuline maximum.

MG10: Les diabétiques de type 2 avec une insuline au maximum.

MG14: Par rapport à leurs critères : des patients sous antidiabétiques oraux sans multi injection, qui comprennent le français.

MG21: Ce sont des patients diabétiques de type 2.

MG22: Les diabétiques de type 2, une injection de lente, avec traitement aberrant en difficulté thérapeutique.

E1: Les diabétiques de type 2, non multi insulinés comme c'est demandé.

E3: Ce sont des patients diabétiques de type 2.

E4: Tous les type 2 qui ne veulent pas aller à l'hôpital car ils travaillent, ne sont pas disponibles.

Les médecins conseillent ProxYDiab 38 à des patients de tout âge. Cependant, ils insistent sur l'utilité d'adresser des patients motivés et jeunes pour

qu'ils comprennent l'importance de se prendre en charge. L'objectif est de limiter les complications.

MG1: J'ai adressé deux personnes, un de 55 ans, un de 60 ans ; hier c'était une mamie de 82 ans, un autre monsieur avant-hier aux alentours de 60 ans.

MG5: Ce sont donc souvent des personnes âgées retraitées.

MG10: Ce sont des patients bien ancrés dans leur maladie. Ce n'étaient pas des jeunes diabétiques. Des gens diabétiques depuis une vingtaine d'années, tous suivis par un endocrinologue.

MG11: Une dame de 45 ans. Une autre patiente, plus âgée, de 80 ans qui mangeait n'importe comment.

MG18: Pour Proxydiab, je pense qu'il faut des patients diabétiques depuis plusieurs années pour lesquels j'aurais voulu faire une piqure de rappel en éducation.

MG19: Pour l'âge... Le patient de 80 ans avec un début de diabète, je ne vais pas aller l'embêter. Il faut être raisonnable aussi. Le patient de 22 ans qui a un diabète, il faut qu'il fasse quelque chose ou ça va s'aggraver d'année en année.

MG24: J'en ai parlé à beaucoup de patients mais surtout aux plus jeunes patients. Les plus jeunes que je suis depuis un petit moment et qui font n'importe quoi. Quand je dis des jeunes pour moi ce sont des jeunes diabétiques entre 50 et 65 ans.

MG26: Les patients jeunes car c'est là, où à mon sens on sera le plus efficace.

Les patients sont retraités pour la plupart ou en invalidité, dans la possibilité de se libérer plus facilement.

MG1: Souvent ce sont des patients qui sont retraités car les actifs effectivement ne peuvent pas facilement y aller en journée.

MG4: Ces patients sont retraités, vers 60 ans ou alors en invalidité.

MG21: En général, ce sont des patients retraités.

E1: Ils sont soit retraité ou au chômage longue durée et de niveau socioéconomique peu élevé.

Le niveau socioéconomique a été évoqué par les praticiens qui proposent la structure plutôt à des patients de faible niveau social ou scolaire.

MG6: J'ai envoyé tous les niveaux : niveau scolaire très bas accompagné par leur famille ; des gens plus intellectuels.

MG12: La moitié est d'origine maghrébine.

MG14: Certains c'est un problème financier.

MG28: C'est vrai que les gens défavorisés, ça pourrait être important. Les gens avec des problèmes de langage et linguistique. On a beaucoup de personnes d'origine étrangère qui comprennent difficilement ce qu'on leur dit.

4.2. Patients pour lesquels le médecin a des difficultés

ProxYDiab 38 est une structure intéressante pour ces patients où les difficultés sont multiples et récurrentes.

4.2.1. La mauvaise hygiène de vie des patients

Les médecins adressent essentiellement des patients qui ont des problèmes concernant la diététique et l'activité physique.

Cette problématique a été soulevée à dix neuf reprises lors des entretiens.

MG1: Ce sont déjà des patients diabétiques, traités où je vois qu'il y a effectivement un échappement au niveau de la diététique et de l'activité physique. C'est surtout pour le versant diététique et activité physique.

MG5: Ce sont des patients sédentaires avec des troubles du comportement alimentaires. Sédentarité au sens physique, pour toutes les classes d'âge.

MG3: Le but c'est leur dire qu'il y a des choses à faire sur une prise en charge alimentaire et nutritionnelle.

MG10: La demande est plus pour la diététique. L'activité physique... Convaincre quelqu'un de marcher un quart d'heure par jour, c'est assez simple et c'est difficile à juger. Le poids c'est facile.

MG11: Je pensais qu'il y avait des efforts diététiques à faire au lieu d'une escalade médicamenteuse. C'est plus dans un contexte d'échec.

MG13: Ceux qui sont généralement bons vivants avec un syndrome métabolique, qui ont des épouses compliantes pour la cuisine.

MG14: Je pense qu'ils sont avec un problème d'activité physique et de nutrition.

MG15: C'est la problématique de la diététique, de l'activité physique, du tabagisme et de l'alcool.

MG16: La problématique vient de la nutrition et l'activité physique. L'activité physique c'est ce qu'ils font le plus facilement quand on leur demande d'en faire. Je leur rappelle à chaque fois. La prise en charge, c'est trois choses. C'est régime, activité physique et éventuellement les médicaments. Le message est bien passé chez moi. L'activité physique, ils n'y pensent pas mais ils le font assez bien.

MG17: Ils ont besoin d'une prise en charge un peu plus complète. Dans tous les domaines : diététique et activité physique. Souvent c'est tout qui pêche. C'est rare qu'ils fassent beaucoup d'activité physique avec une diététique « nulle ». Il faut jouer sur les deux.

MG20: C'est souvent une double problématique qui fait que je les adresse : la diététique et l'activité physique. Ce sont des patients plutôt sédentaires et ils mangent comme toujours ils ont mangé.

MG21: C'est important de reprendre avec eux la diététique et l'activité physique.

MG22: Avec la sensation de pouvoir baisser ses résultats avec la diététique et l'activité physique.

MG24: Je vois bien qu'il y a un problème d'éducation dans le domaine de l'activité physique et de la diététique.

MG25: Le plus difficile, c'est le diabétique non insulino dépendant de la trentaine ou quarantaine, jeune qui n'arrive pas à se discipliner sur le plan de la diététique.

MG30: Ils sont débordés par les événements, ils font n'importe quoi avec la diététique. La diététique c'est difficile. L'activité physique, on arrive à leur faire faire plus facilement.

E1: Selon les résultats biologiques et si je vois qu'il y a une marge de manœuvre diététique et que je n'arrive pas à les équilibrer.

E4: Ils sont en difficulté pour la nutrition. L'activité physique c'est notre leitmotiv pendant les consultations. On leur dit de bouger plus. Par contre les gens sont de plus en plus sédentaires, c'est la grosse difficulté pour le type 2.

E5: Les patients type 2 qui ont dans le domaine éducatif diététique besoin d'une remise à niveau par rapport à la maladie, qui ont le temps d'y adhérer.

A la lecture de ces entretiens, il ressort que l'activité physique est peut être plus facile à intégrer dans le quotidien des patients. La diététique demande plus de changements d'habitudes.

4.2.2. Patients en surpoids

Ce thème recoupe le précédent. En effet, le problème du surpoids est lié au manque d'activité physique et à une mauvaise diététique.

Quatre médecins adressent ces patients à ProxYDiab 38.

MG4: Des gens plutôt en surpoids en manque d'activité physique.

MG10: Ils ont 15kg de surpoids mais « ils ne mangent rien docteur ! », même si on en parle à chaque consultation.

MG16: Autres, bons vivants, obèses, en surcharge pondérale...

MG21: Ce sont des patients en surcharge pondérale, mal équilibrés.

4.2.3. Patients résistants à toutes les prises en charge antérieures proposées

Dans cette partie, ProxYDiab 38 est l'option de la dernière chance. Les praticiens interrogés décrivent un échec thérapeutique, une lassitude, et ne savent plus comment faire.

Onze médecins témoignent de leurs difficultés avec ces patients réticents.

MG2: Chez les personnes qui sont déjà traitées, ça peut être quand il y a un échappement, que les patients sont moins attentifs à ce qu'on leur dit, quand les patients se mettent à grossir, qu'ils viennent au cabinet avec une habitude et ils ont moins peur du médecin qui les gronde !

MG3: Au bout d'un certain temps de prise en charge où tu commences à te demander par quel bout tu vas pouvoir aborder les choses.

MG7: Ceux avec qui je me tire des balles !!! Mais finalement, ce n'est peut-être pas les mieux.

MG11: Ce sont des patients diabétiques traités pour qui ça n'allait pas. C'est dans un contexte d'échec.

MG12: Ceux qui étaient mal contrôlés par le traitement seul avant de changer, d'intensifier le traitement et de passer à l'insuline. Certains où je vois qu'ils arrivent à faire des efforts avec des résultats en dessous de 7%.

MG15: Ce monsieur gitan, car il est diabétique très sévère avec une artériopathie à 34 ans. Il continue de fumer. Je lui dis : « il faut faire quelque chose ». En diététique, il fait n'importe quoi.

MG17: Je le proposerais quand on est en insuffisance pas en échec thérapeutique. Ça pourrait éviter une escalade thérapeutique. Il y a d'autres solutions avant. Effectivement, ce que j'ai pu dire ou conseiller n'a pas marché et que les résultats restent un peu médiocres.

MG18: Les cycles d'éducation thérapeutique, ça serait plus pour réintégrer les notions aux patients et leur fait comprendre et adhérer au suivi. Leur faire comprendre pourquoi on leur demande tant d'exams pour lesquels ils les font souvent parce que je leur demande et pour me faire plaisir. Ils n'ont pas la notion du pourquoi de l'examen. J'ai beau leur expliquer.

MG23: Oui, ça peut quand on est en difficulté, qu'il y a un échappement thérapeutique. Si on voit qu'ils font n'importe quoi sur le plan de l'alimentation.

MG26: Tout simplement dans les moments où on a baissé les bras : on n'a pas l'énergie. En cas de difficulté avec le traitement où on ne veut pas augmenter la thérapeutique mais où les habitudes doivent être revues.

MG30: Les patients chez lesquels on sent que c'est difficile pour eux de se prendre en charge.

4.2.4. Des patients non observants, dans le déni et peu motivés

L'inobservance est citée par quatre médecins qui proposent ProxYDiab 38.

MG7: Sinon, ce sont des patients qui ont des problèmes d'observance. C'est évident. Par exemple, une patiente suivie avec HbA1c haute, la diabétologue augmente la metformine sauf que la patiente n'en prenait plus à cause de diarrhées. Elle avait une observance très très médiocre.

MG8: Quelques patients peu observants, ou étrangers ou qui ont besoin de temps d'explication.

MG15: Il y a aussi des problèmes d'observance, sur le plan thérapeutique.

MG17: Ils ne suivent pas ce que je peux leur dire.

Le déni et la peur de la maladie sont deux critères utilisés par sept praticiens pour décrire le profil des patients adressés à ProxYDiab 38.

MG1: Et puis leur faire rencontrer, ça c'est bien passé pour un autre patient, d'autres diabétiques pour les sortir de leur inquiétude.

MG3: Le but, c'est qu'ils aient une prise de conscience et qu'ils se rendent compte que ce n'est pas si compliqué que ça. Peut-être ont-ils une image du diabète qui fait qu'ils ont peur et que ça va changer leur vie. L'acceptation de cette maladie chronique et du suivi que ça entraîne. C'est des patients qui se suivent mal. Ils arrivent pour leur renouvellement de traitement en disant: « docteur, j'ai oublié de faire ma prise de sang. ».

MG8: Soit ils ne suivent pas bien leur traitement ou ils sont dans leur déni. Je sens qu'ils ont besoin d'être convaincus du bien fondé du traitement.

MG15: J'aurais bien aimé qu'ils entendent ce qu'est le diabète. On a beau leur dire et on a l'impression que c'est sans impact. Ils ne voient pas toutes les complications car ils sont jeunes et c'est insidieux. Ils ne comprennent pas.

MG16: J'ai l'impression que c'est une fuite, un déni de la maladie.

MG20: S'ils prennent des cachets, ça veut dire qu'ils sont diabétiques. C'est du déni.

MG24: Ceux qui ne travaillent pas, le frein, c'est qu'ils ne veulent pas mettre le doigt sur ce qui ne va pas.

Le manque de motivation précise la description des patients potentiels pour ProxYDiab 38.

MG14: Certains c'est un problème d'envie.

MG18: La difficulté, c'est véritablement d'arriver à remotiver les gens.

E1: Sous traitement antidiabétique oral lourd avec une problématique de diététique avec manque de motivation à l'activité physique.

E3: Ce sont des gens qui ont besoin de motivation pour la diététique et l'activité physique.

4.3. Patients demandeurs et motivés

Onze médecins expliquent qu'ils proposent ProxYDiab 38 à des patients demandeurs et motivés pour changer leurs mauvaises habitudes et optimiser leur prise en charge.

MG4: Ce sont des patients qui étaient demandeurs, qui avaient envie car ils sentaient qu'ils avaient besoin d'aide.

MG6: Je propose à tous mes patients, et ceux qui sont volontaires. Je suis assez surpris de voir que les patients sont contents même si au départ je pensais l'inverse.

MG10: C'est surtout ceux qu'on sent dans la demande mais incapables d'y aller.

MG18: En nutrition, ils sont souvent demandeurs. Moins pour l'activité physique.

MG21: Ce sont des patients assez ouverts à l'éducation. Il faut qu'ils soient motivés.

MG23: Il faut qu'ils soient demandeurs.

MG26: Je dirais le patient jeune qui a envie, chez qui tu sens un désir de changer les choses. Les patients jeunes car c'est là, où à mon sens on sera le plus efficace. On aura le plus de gain : où les patients seront le plus adhérents.

MG29: J'allais dire que c'est limité à des patients entre guillemets jeunes, motivés et qui ont envie.

E2: Les personnes qui ont envie de s'impliquer : je les informe.

E3: Ce sont souvent des malades dans la demande et à la fois je ne suis pas sûr qu'ils soient prêts à faire des efforts, d'aller plus loin que la demande.

E4: Certains patients sont demandeurs car très informés.

E5: Après, il faut que ça soit un patient dans la démarche de vouloir faire bouger les choses.

4.4. Equilibre du diabète

Pour certains médecins, l'équilibre du diabète n'est pas un critère pour adresser des patients.

MG6: Je ne les envoie pas sur le critère d'équilibre.

MG20: Ce n'est pas une histoire d'équilibre car je pense que l'éducation, c'est pour tout le monde.

Sept praticiens déclarent adresser plus facilement des diabétiques non équilibrés pour compléter l'éducation.

MG4: A trois patients diabétiques de type 2, chez des patients plutôt mal équilibrés qui ont du mal à bouger.

MG11: Une patiente avec une HbA1c à 8% qui grimait.

MG16: Des vieux diabétiques un peu résistants, non équilibrés.

MG22: Les deux fois. HbA1c à 11%, donc des patients déséquilibrés.

E1: Ces patients tournent à 8% d'HbA1c.

E3: Les patients que j'ai adressés sont plutôt déséquilibrés car ils sont équilibrés quand ils font bien.

E4: C'est sûr qu'on adresse facilement au moment d'un constat de mauvais équilibre.

Enfin, un patient avec un équilibre correct peut tout à fait bénéficier de ce type de structure pour renforcer ses résultats.

MG1: Ils ne sont pas trop déséquilibrés, leurs HbA1c sont vers 7.5% donc c'est correct.

MG3: Les patients que j'ai adressés sont autour de 7% d'HbA1c donc pas si déséquilibrés que ça.

MG5: Leur HbA1c est entre 7 et 8%.

MG14: Ils ne sont pas très déséquilibrés.

MG18: Les gens avec 10-12% d'HbA1c, je ne les envoie pas. A 7-8%, je suis déjà dans l'activité thérapeutique importante.

4.5. Proposition faite à différents stades de la maladie

4.5.1. Lors de la découverte de la maladie

La proposition précoce de ProxYDiab 38 ne peut être que bénéfique selon quatre médecins.

MG2: Ça peut être lors de la découverte du diabète avec des glycémies qui commencent à monter. Ce n'est pas la peine d'attendre plus longtemps : si on peut éviter d'avoir un traitement médicamenteux, c'est bien.

MG6: J'envoie même des patients au début de leur diabète.

MG7: Sinon, les patients qui commencent un diabète de type 2, je leur en parle et on voit.

MG14: J'essaie plutôt d'envoyer mes patients qui rentrent dans le diabète par rapport à ce point culturel pour certains.

4.5.2. Au décours de la maladie lorsque le patient diabétique a plus d'expérience

MG12: Ce n'est pas au début parce qu'ils sont bien équilibrés.

MG19: A mon avis, pas forcément au tout début. Car au début, c'est la découverte. Je pense qu'il faut qu'ils fassent leur début avec nous. Au bout de quelque temps, je le ferai faire.

MG27: Je n'enverrai pas au départ du diabète car ça fait beaucoup de choses. L'avantage du diabète, c'est qu'on les voit tous les trois mois, ça laisse des opportunités dans le suivi.

4.5.3. Au stade des complications pour une prise de conscience

MG8: Quand ils ont des complications pour éviter que ça s'aggrave.

4.6. Proposition systématique de ProxYDiab 38 à tous les patients diabétiques de type 2 pour réaliser de l'ETP

Six médecins proposent d'en parler systématiquement au patient.

MG5: J'en parle systématiquement.

MG6: Je le propose systématiquement. Tous mes diabétiques, au début de leur prise en charge.

MG9: Je pense qu'il faut le faire dès le départ. Je pense que le proposer assez systématiquement, c'est bien.

MG20: J'essaie de le faire systématiquement en tout cas, pas forcément de les orienter mais je leur dis que ça existe. Je vois comment ils réagissent et en fonction je les amène à y aller.

MG29: C'est tout le temps qu'on est en difficulté, chez tous il faudrait une prise en charge diététique.

E4: L'éducation, je la propose à tous les diabétiques. Pas forcément, la première consultation car il y a beaucoup de choses.

5. Modifications et attentes pour la pratique éducative au cabinet et pour les patients

Ce chapitre sera divisé en deux parties. Nous aborderons tout d'abord, les changements pour les patients et la pratique des médecins collaborant avec la structure.

La seconde partie sera dédiée aux attentes des médecins concernant leurs patients et leur pratique.

5.1. Changements de **pratique** des médecins en lien avec ProxYDiab 38

| | |
|------------------------------|----|
| aucun changement de pratique | 11 |
| remise en question | 4 |

Pour onze médecins, le passage de patients à ProxYDiab 38 n'a pas modifié leur pratique.

Ils s'accordent tous à dire qu'ils espèrent poursuivre leur travail de coordination avec ProxYDiab 38.

MG1: Par rapport à mon exercice, non. Je n'ai pas changé ma prise en charge des diabétiques de type 2. Je leur fait toujours mon baratin. Je continue à adresser des patients bien sûr!

MG4: Pas forcément. Sauf que je sais que je peux continuer à envoyer des gens.

MG5: Aucun, je continue à les envoyer.

MG10: J'adresse aussi facilement et régulièrement.

MG12: Non. Je fais toujours pareil.

MG20: Non, pas de changement. J'utilise un peu ProxYDiab 38 comme j'utilisais les diététiciennes de l'Agecsa.

E1: Je continue à adresser car je suis intimement persuadée de l'intérêt de cette structure.

E3: Non, pourquoi voulez-vous que ça change quelque chose?

E4: Non, pas spécialement.

E5: Ça n'a pas modifié. Non, parce que je les envoyais régulièrement sur le service d'éducation. Je ne travaille pas différemment. La démarche reste identique.

Un médecin déclare ne pas être soulagé dans sa pratique après le passage d'un patient à ProxYDiab 38.

MG21: Ça ne me soulage pas. Mon travail est le même.

Certains praticiens notent une remise en question de leur pratique, sur le plan de la formation, des connaissances. Ils utilisent le compte-rendu pour adapter au mieux leur pratique.

MG6: Non, j'ai pu corriger des erreurs que je faisais.

MG10: Je confie volontiers mes patients à des confrères pour confronter nos points de vue.

MG14: Par rapport à moi, le fait d'avoir une mini formation avec eux pour l'éducation thérapeutique.

E1: J'utilise dans les comptes-rendu, les résultats de l'entretien éducatif dont les obstacles, pour renforcer les points soulevés étant difficiles. Ça personnalise la prise en charge.

5.2. Perception de résultats chez les patients du point de vue des soignants, après ProxYDiab 38

| | | |
|------------------------------|-------------|----|
| pas de changement du patient | mode de vie | 2 |
| | poids | 3 |
| | HbA1c | 7 |
| efforts | mode de vie | 6 |
| | poids | 2 |
| | HbA1c | 3 |
| | psychologie | 13 |
| manque de recul | | 3 |

5.2.1. Le patient reste le même

Sept médecins sur les quinze concernés (entretien 1 et 4) ne perçoivent aucun changement chez leurs patients.

Deux médecins ne trouvent aucune modification du mode de vie.

MG5: *Aucun. Ils y vont, ils sont passifs. Je n'ai pas l'impression qu'ils ont mis en pratique les conseils qu'on a pu leur donner.*

MG14: *Sur le plan comportemental, j'ai peu de retour pour l'instant.*

Trois médecins notent une stabilité voire même une prise de poids.

MG4: *Leur poids n'a pas bougé.*

MG6: *Je n'ai pas eu de perte de poids, ni de baisse de l'HbA1c.*

MG10: *Ils ont les variations d'avant : ils perdent deux kilos mais en reprennent trois.*

Sur le plan biologique, sept sont unanimes et ne notent pas d'amélioration de l'HbA1c.

MG4: Leur HbA1c est stable.

MG5: Je l'ai envoyé à ProxYDiab 38, 7,8% en novembre et en février 8%.

MG6: Moi, pas tellement. Je n'ai pas eu des résultats biologiques probants.

MG10: L'HbA1c ne baisse pas mais ne progresse pas.

MG12: Regard brut sur les HbA1c, je n'ai aucun résultat.

MG14: Pour l'instant, il n'y a pas de changement pour l'HbA1c. Mais j'ai peu de retour pour l'instant.

E5: Sur le plan biologique, je ne peux pas dire car je n'ai pas suffisamment fait attention pour dire je vais le noter. Je n'ai pas l'impression en tout cas.

5.2.2. Le patient change et fait des efforts

Six médecins notent une modification du mode de vie avec des efforts notables tant sur la diététique que sur l'activité physique.

MG1: Il dit qu'il fait des efforts.

MG12: Niveau comportement, certains bougent plus mais certains mangent plus.

MG21: Ils ont fait des efforts car ils sont motivés. Ceux qui y vont, ça les préoccupe.

E1: Oui. Sur le plan diététique et de l'activité physique. Il y a eu des changements spectaculaires.

E4: En terme d'activité physique, oui. Les APA ont l'air efficace. En terme de nutrition, ils ont la leçon sur les lipides. Ils retiennent que les lipides posent problème.

E5: On a l'impression qu'ils ont au niveau de l'activité physique une stimulation supérieure.

Deux médecins se félicitent d'une perte de poids chez des patients réfractaires.

MG1: Il avait perdu deux kilos alors que je n'ai jamais réussi.

MG14: Il y en a un qui a perdu un peu de poids mais il est suivi en parallèle avec la diabétologue ; c'est un patient retraité français sans problème de la langue, ni de problème culturel.

Sur le plan biologique, trois médecins notent une baisse de l'HbA1c chez certains patients ayant bénéficié de l'ETP à ProxYDiab 38.

E1: Le dernier compte-rendu que j'ai reçu, le patient est passé de 9% à 7,5%.

E4: En terme de poids et d'HbA1c, ce n'est pas aussi merveilleux mais il y a une tendance à l'amélioration.

MG21: Sur le plan biologique, ils améliorent sensiblement leurs chiffres.

Il est important de souligner, par ailleurs, que les patients ayant participé à ProxYDiab 38 sont ravis et semblent plus motivés à se prendre en charge.

MG1: Il est à fond : « il faut faire de la publicité pour ProxYDiab 38» ! Il était très content.

MG4: Ils sont tous ravis et ont trouvé ça bien.

MG6: J'ai des patients qui ont trouvé ça passionnant.

MG10: Ils sont contents du côté relationnel. Les gens sont contents.

MG12: Ils sont ravis car ça leur permet de comprendre leur maladie, c'est une bonne chose.

MG14: J'en ai qui sont revenus et qui sont contents.

MG21: Ils me disent que c'est positif.

Enfin, leur perception et l'acceptation de la maladie ont évolué. Ils ont acquis des compétences et des connaissances sur le diabète ce qui favorise leur prise en charge d'après six praticiens.

MG4: Il y a des changements dans leur manière de considérer leur maladie mais c'est difficile d'appliquer ce qu'on leur a dit.

MG12: Ils se rendent compte de ce que je leur disais depuis des années.

E1: Surtout un changement de perception de la maladie. Elle était vécue comme le gros boulet et est devenue plus contrôlable pour lui.

E3: Ce n'est que bénéfique quand ils retiennent quelque chose.

E4: Qualitativement, ils ont compris des choses.

E5: Disons qu'on sent qu'ils ont un aspect de la maladie un peu plus responsabilisé. Ils ont une meilleure connaissance de la maladie.

5.2.3. Manque de recul pour conclure

Trois médecins avouent manquer de recul, et avoir un nombre insuffisant de patients ayant fini le programme éducatif pour pouvoir conclure à d'éventuels changements. Ils s'appuient sur leur ressenti.

MG20: Je ne peux pas encore me prononcer sur des changements de comportement, de biologie.

MG21: J'ai peu de retour pour l'instant, J'en ai envoyé mais c'est long à se mettre en place.

MG24: Pour l'instant, je ne peux pas répondre à la question.

5.3. Que peut apporter ProxYDiab 38 dans la **pratique** des médecins généralistes ? **Attentes** des praticiens de l'entretien 2 et 3

| | |
|----------------|----|
| formation | 7 |
| aide | 13 |
| partenariat | 11 |
| aucune attente | 1 |

5.3.1. Occasion de formation

Sept médecins seraient demandeurs de formation médicale continue sur le diabète et l'ETP par le biais de la structure.

MG2: Ça peut être un apport de connaissance par rapport au traitement, en dehors des médicaments. Donc c'est surtout la nutrition et l'activité physique... Pourquoi pas un enseignement, une formation sur le diabète, les nouveaux traitements, des nouvelles approches nutritionnelles.

MG3: Avoir des réunions de groupe car on est le pilier autour de la prise en charge.

MG4: ProxYDiab 38 peut proposer des FMC.

MG15: Sur ma pratique ? Des cours de diététique ? J'aimerais bien et ça me ferai du bien ! (Rires). Je rêve de faire des cycles réguliers sur le diabète. Une formation, mais pas où on a des soirées de traitement.

MG18: Des formations. Ça serait peut-être plus sur le relationnel patient médecin ou le vécu du médecin par rapport à ces patients.

MG25: Organiser des formations pour les médecins.

MG27: Des formations spécifiques le soir.

5.3.2. Une aide dans la pratique d'ETP et à la prise en charge des patients diabétiques de type 2

L'aide est perçue comme un partage de compétences pour une optimisation des soins.

MG8: Une aide. Un allègement dans la prise en charge de l'éducation nutritionnelle. On garde de l'énergie et amélioration de notre qualité des soins.

MG9: Une aide. Ils seraient là pour des piqûres de rappel.

MG11: Une aide. Une collaboration, un soutien. Un meilleur suivi des patients avec une amélioration diététique avec des conseils en activité physique.

MG19: Ça ne me changera rien mais ça aidera le patient à plus adhérer et j'aurai une prise en charge plus facile.

MG24: Ça peut être une aide. Si ça fait comprendre au patient ce qu'on fait. C'est plus facile pour nous d'agir. Ça nous facilite la prise en charge et que le patient soit plus adhérent, moins dans le déni.

MG26: M'aider à faire ce que je n'arrive pas toute seule !

MG29: Bien sûr, c'est une aide mais le problème, c'est la capacité d'accueil.

Quatre médecins attendent de la structure une aide pour pallier à leur manque de temps en consultation pour l'ETP.

MG13: De me soulager sur les consultations qui ne sont pas assez longues pour les problèmes d'éducation. Pour que les gens ne soient pas complètement naïfs quand on les revoit vis-à-vis de l'éducation thérapeutique. Qu'on puisse cadrer en fonction de nos compétences.

MG18: La meilleure compréhension par le diabétique de son diabète pour me faciliter la prise en charge. Je me fatigue moins pendant la consultation. C'est une aide pour la prise en charge du patient car il aura une meilleure compréhension. On n'a pas le temps de tout leur expliquer.

MG23: Ça serait bien. Ça m'éviterait de passer trop de temps à répéter plein de choses.

MG28: De me suppléer sur le plan éducatif comme on n'a pas le temps. Ça peut être intéressant. Essayer de prendre en charge de plus près l'éducation du patient.

Un partage de responsabilité est évoqué par deux médecins.

MG3: Pour nous, c'est aussi en avoir un peu moins sur les épaules : entre la pression du médecin et de nos décisions.

MG16: M'enlever du boulot ! Me soulager. M'enlever le sale boulot.

5.3.3. Un partenariat et une prise en charge complémentaire

Le fait d'avoir le même discours est souligné par les médecins généralistes.

L'objectif est d'être plus exhaustif dans la prise en charge du patient selon quatre praticiens.

MG7: J'attends une reprise, une répétition par différents professionnels et ça converge pour inciter les gens.

MG9: Qu'on fasse un suivi en accord, en partenariat avec le médecin généraliste. C'est important de savoir quelles informations ils distillent pour que nous ayons le même discours. Une collaboration pour nous laisser le temps de nous occuper des médicaments, du suivi biologique.

MG16: S'il y a un organisme extérieur avec les mêmes messages en douceur, ça peut être éducatif. Il y a plus d'impact car je fais partie un peu des murs avec trente ans de pratique.

MG30: Un relais. Quand plusieurs personnes vont dans le même sens, le patient est aidé. Peut-être améliorer l'exhaustivité de la prise en charge.

La notion de partenariat est évoquée par quatre médecins généralistes, pour le suivi des patients en les informant au mieux de l'éducation réalisée.

MG3: Le retour pour le médecin traitant pour avoir un suivi et savoir ce qui s'est passé pour nos patients.

MG22: Je pense que je n'hésiterai pas à les appeler si on peut les joindre facilement. Il faut un partenariat surtout pour le diabète.

MG23: Avoir un interlocuteur en cas de problème, pour un avis.

MG27: Un retour d'informations toujours intéressant mais on ne peut pas vous accaparer par des problèmes de retour. C'est le maillon manquant entre l'hôpital et le libéral pour les questions de thérapeutique qui se faisaient en séjour cadré à l'hôpital.

Enfin, trois médecins généralistes proposent des réunions avec ProxYDiab 38 concernant certains patients difficiles. Ces équivalents de groupe de pairs pourraient être très riches pour tous les intervenants gravitant autour du patient. Ils permettraient aux médecins de se positionner dans l'ETP.

MG3: Avoir des réunions de groupe car on est le pilier autour de la prise en charge.

MG11: Qu'il y ait de temps en temps des réunions avec des collègues une fois par an, de parler de ce qu'on pourrait changer.

MG21: De temps en temps, qu'il y ait une réunion sur place avec un groupe de médecins.

5.3.4. Un médecin déclare ne rien attendre d'une telle structure ambulatoire

MG25: Je n'en attends rien.

5.4. Quelles sont les attentes des soignants pour leurs **patients** en intégrant ProxYDiab 38 dans la prise en charge éducative ?

La finalité de l'ETP à ProxYDiab 38 pour les médecins généralistes serait à terme une prise de conscience du patient et son acceptation de la maladie concernant le diabète. Ils espèrent une meilleure adhésion du patient.

MG24: Une adhésion en tout : les médicaments, qu'ils arrêtent de faire ce qu'ils veulent avec leur traitement.

| | |
|---|----|
| acquisition de connaissances | 8 |
| acquisition de compétences | 3 |
| acquisition d'un savoir-faire | 2 |
| prise en charge globale pluri-professionnelle | 10 |
| rencontres, apports entre patients | 7 |

5.4.1. Acquisition de connaissances en diététique, activité physique et sur le suivi du diabète

MG7: Une meilleure connaissance, ce n'est pas faute de leur expliquer.

MG15: J'attends une prise de conscience et qu'ils acquièrent des connaissances.

MG16: Si vous voulez, je dirais qu'ils aient réponse à toutes les questions qui peuvent se poser sur la maladie. C'est de faire passer le message de l'hygiène de vie globale.

MG19: Je pense que c'est utile que le patient se rende compte qu'il est dans une maladie où il y a des protocoles, des aides.

MG26: La première chose chez les patients en surpoids, la perte de poids pour diminuer le risque cardiovasculaire. L'approche diététique.

MG27: Surtout la diététique, de l'hygiène de vie avec éducation physique aussi.

MG28: C'est la priorité pour leur faire comprendre, leur montrer ce qu'il faut faire en activité physique par exemple.

MG29: Ce que tous les médecins leur répètent, moi y compris, depuis longtemps, qu'ils essayent d'adapter leur nourriture et qu'ils fassent un peu d'activité physique.

5.4.2. Acquisition de compétences par le patient

MG2: Pour mes patients, c'est qu'ils connaissent mieux leur maladie et qu'ils voient à quoi peuvent servir les conseils donnés au cabinet.

MG11: Ça peut être quelque chose de catalyseur où quelque chose peut se passer dans leur compréhension de leur maladie en intégrant mieux les choses car ils auront trouvé des gens qui auront pris le temps de les accompagner ce qu'on n'a pas le temps de faire. Quand on adresse des patients à l'éducation diabétique, ils reviennent toujours positifs, en ayant appris des choses.

MG18: Une meilleure connaissance de leur maladie. Qu'ils sachent le pourquoi, du comment et pourquoi on les harcèle à faire tous ces examens. « Mais docteur, je me suis fait une HbA1c il y a peu de temps ».

5.4.3. Acquisition d'un savoir-faire avec adaptation du mode de vie

Ce savoir-faire concerne la réalisation de repas équilibrés, d'activité physique régulière par exemple.

MG17: Rencontrer une diététicienne, leur expliquer, leur montrer comment préparer un repas, corriger les erreurs qu'ils commettent sans savoir. Réexpliquer le diabète, la physiopathologie, la diététique, l'activité physique. Une prise de conscience.

MG28: C'est la priorité pour leur faire comprendre, leur montrer ce qu'il faut faire en activité physique par exemple.

5.4.4. Prise en charge globale et coordonnée avec mise en relation de tous les partenaires

Cinq médecins soulignent l'importance de l'approche éducative dans le parcours du patient. ProxYDiab 38 pourrait avoir ce rôle en insistant sur la diététique.

MG7: Une meilleure prise en charge de leur diabète avec de l'activité physique et une implication nutritionnelle.

MG22: Qu'ils soient un peu cadrés. Voire beaucoup cadrés et que du coup il y ait une éducation diététique et thérapeutique et sportive. Un changement d'habitude.

MG25: L'approche diététique est intéressante dans le diabète de type 2.

MG30: J'attendrai de cette structure que le patient soit bien vu par les diététiciennes. Que du temps soit pris pour s'occuper de savoir ce qu'ils mangent, comment on peut adapter les choses. Qu'ils regardent bien comment est le patient et qu'ils adaptent.

E2: L'éducation est indispensable à un moment ou à un autre.

L'approche psychologique est citée par un médecin généraliste.

MG3: La prise en charge psychologique, très importante. Pour mes patients, ça serait une reconnaissance pour eux. Le fait qu'ils soient rassurés et qu'on leur propose des solutions.

Ils espèrent enfin, un meilleur suivi autour du patient en cas de collaboration avec la structure. Ainsi, l'ETP n'en sera que plus efficace.

MG8: Un suivi, une observance de mes patients, une amélioration des résultats glycémiques, moins de complications et un soutien en pratique car on n'a pas le temps de tout faire.

MG11: Un meilleur suivi des patients avec une amélioration diététique avec des conseils en activité physique.

MG17: De meilleurs résultats pour mes patients.

MG30: Que s'il est vraiment pris en charge, par le spécialiste, le diététicien, d'autres gens, c'est ça que j'attends.

5.4.5. Des rencontres riches entre patients

La dernière attente citée est l'échange entre patients. Ils perçoivent d'autres vécus, d'autres expériences et se sentent moins isolés dans la maladie.

MG1: Et puis leur faire rencontrer, ça c'est bien passé pour un autre patient, d'autres diabétiques pour les sortir de leur inquiétude.

MG3: Le soutien, le travail en groupe, le fait de pouvoir rencontrer des gens et partager des expériences.

MG7: L'incitation du groupe. C'est à dire un échange entre patients et ça peut être productif, surtout si c'est un groupe de maghrébin.

MG18: La dynamique du groupe est importante. Ça passe mieux en groupe.

MG21: Ça leur permet de voir qu'ils ne sont pas seuls et qu'il y a beaucoup de gens dans leur cas.

MG23: Je pense que s'ils sentent qu'ils sont avec d'autres gens qui ont le même problème qu'eux, ça peut les aider. Il y a une émulation de groupe.

E2: Le côté groupe est important : parfois ils gardent contact et ils se font des repas diététiques. Ils sont contents de voir qu'ils ne sont pas les seuls. Ils arrivent mieux à accepter leur maladie.

6. Quel suivi après ProxYDiab 38 ? Discussions, améliorations envisagées et attentes

Actuellement, après le passage à ProxYDiab 38, un compte-rendu est adressé au patient et au médecin adressant le patient (médecin généraliste et diabétologue). Ce compte-rendu résume le programme éducatif personnalisé du patient avec les difficultés et les améliorations rencontrées.

De plus, ProxYDiab 38 reprend contact par téléphone tous les six mois pendant un an, soit deux appels téléphoniques l'année suivant le passage dans la structure.

Nous avons recueilli l'avis des médecins généralistes adressant régulièrement des patients et des endocrinologues concernant ce suivi.

Dans une seconde partie, nous étudierons les attentes des médecins généralistes et les améliorations éventuelles à réaliser.

6.1. Evaluation du **suivi actuel**

6.1.1. Le compte-rendu de fin de passage

Certains médecins pensent que ce résumé de passage peut être bénéfique tant pour le patient que pour le médecin. Il permet au soignant d'insister sur une difficulté éducative, d'avoir une trace écrite pour le patient. Il peut aussi s'agir d'une remise en question professionnelle avec une discussion thérapeutique par exemple.

MG1: Oui, je l'attends même. C'est important.

MG4: Oui, il a un intérêt. Il est utile car il y a toujours une différence entre ce que dit le patient et ce qui s'est passé à ProxYDiab 38. On peut reprendre les points travaillés par ProxYDiab 38 et demander au patient où il en est dans sa progression.

MG5: Il est bien. Je constate qu'il y a un sacré boulot qui est réalisé à ProxYDiab 38 et que peu de choses changent quoi qu'on fasse.

Je les lis rapidement : je devrais plus m'en servir. Ça peut servir d'appui.

MG12: Le compte-rendu de fin de passage est intéressant pour le niveau de compréhension du patient sur sa maladie. Je le regarde, je le lis toujours. Il y a des petits conseils thérapeutiques et autres. Je les relève. Il faut être dans l'échange. J'aime bien un autre regard.

MG14: Avoir les objectifs fixés et les difficultés du patient pour m'appuyer sur ces informations. Nous, on ne peut pas creuser en consultation.

MG23: Savoir s'il y a eu un impact sur la conduite du patient, s'il est motivé, sur quoi il faut le surveiller.

E2: A distance avec le compte-rendu, on peut s'en resservir pour motiver le patient sur les mêmes bases. Finalement, avec l'équipe on arrive à cerner le patient et ses difficultés. Nos perspectives sont parfois ambitieuses : on demande beaucoup pour avoir un peu de résultat.

E3: J'attends un compte-rendu d'éducation. J'attends qu'on me dise quelles informations ont été communiquées, pas dans les détails. Les points particuliers du patient, en quoi il était demandeur. Souvent c'est la diététique. Il n'y a pas de modification de traitement, contrairement à l'éduc.

E4: C'est le compte-rendu. L'écrit reste, les paroles passent ! Il n'y a pas mieux que l'écrit. Je le scanne et c'est dans le dossier de mes patients. Je voie où il y a eu des choses soulignées et j'en reparle avec le patient.

E5: Ils ont donc une autre approche, c'est utile et complémentaire par rapport à notre travail. Je m'en sers pour voir les domaines où il faut pousser un peu.

D'autres évoquent l'utilité du compte-rendu pour motiver le patient dans sa prise en charge.

MG6: Je reçois des comptes rendus que je trouve peu utiles. On ne m'avait pas bien compris. Je ne vois pas ça pour nous, je vois ça uniquement pour le patient. Sauf si on fait des erreurs à corriger, des choses non comprises que le patient ne nous rapporte pas. Ça peut être utile dans ce cas d'avoir les comptes rendus. Sinon, c'est une perte de temps. Je n'envoie pas les gens à Proxydiab pour corriger leur diabète comme j'enverrai à un spécialiste. J'envoie pour le patient. Donc, je n'ai pas trop besoin d'un compte-rendu. Si on peut faire gagner du temps, Proxydiab peut ne pas m'envoyer de compte-rendu. Je ne serai pas fâché.

MG10: Je le lis et je le transmets au patient. Je leur dis : « voilà ce que pense ProxYDiab 38 et moi-même ». Je leur dis de continuer la démarche et de mettre en application ce qui leur a été transmis. Je m'en sers comme pour les courriers des spécialistes.

MG21 et 24 n'ont pas encore reçu de compte-rendu et ne peuvent pas encore juger de son intérêt.

6.1.2. Le suivi téléphonique

Ce suivi est un soutien motivationnel pour les patients. Ils apprécient le contact récurrent avec la structure et partagent ce suivi avec leur médecin.

Les médecins insistent sur le fait que ce suivi est essentiel pour limiter le retour rapide aux mauvaises habitudes. Pour eux, la fréquence est correcte : il ne faut pas plus de six mois.

MG1: C'est bien car il ne faut pas les « lâcher ». Ils vont faire quelque chose pendant deux, trois mois et ils repartent dans la nature, ça ne sert à rien.

MG4: Ça permet de faire un suivi et qu'on n'a pas fait une rencontre ponctuelle qui ne sert à rien.

MG6: Je pense que ce qui est pas mal, c'est le coup de fil de temps en temps. Les gens aiment beaucoup et me le rapportent. C'est un moyen de remémorer tout ça. La fréquence de tous les six mois me semble bien : il ne faut pas trop les assommer.

MG10: C'est bien. Leur demander leur poids, leur biologie. Leur proposer de faire des ateliers où ils sont en difficulté. Les stimuler de votre côté car nous on essaie de le faire.

MG12: Oui c'est intéressant. Le suivi téléphonique, c'est déjà bien mais il faut vraiment faire une séance. C'est important. Trouver la bonne fréquence, c'est un autre problème. Il y a eu des expériences dans le suivi téléphonique, comme SOPHIA, plutôt positives.

MG14: Le côté de leur téléphoner deux, trois fois dans l'année pour voir où ils en sont. C'est une bonne chose car il n'y a pas de rupture de contact.

MG24: Après, pas trop non plus. Six mois, en pratique, je ne me rends peut-être pas bien compte. Peut-être trois mois au départ. Peut-être ne pas attendre six mois. Ne pas les lâcher tout de suite dans la nature.

E1: Je pense que c'est intéressant car au début du changement, les patients ont envie de se sentir épauler dans la durée. C'est naturel dans le processus d'éducation : ce n'est pas parce qu'on a fait quelque chose au temps T que ça va forcément durer. Il faut y revenir et ré insister : c'est le but de ces appels.

E4: Pourquoi pas ? Les stimuler...

MG10, MG12, E2 et E3 proposent d'éventuels ateliers, pour réactualiser les connaissances des patients, ou des rencontres en face à face avec le patient. En effet, ils évoquent la limite du déclaratif par téléphone. Ces éléments de propositions seront repris dans les attentes de tous les praticiens interrogés.

E2: Le patient n'est pas en face de vous. Il nous raconte ce qu'il veut. Vous ne le pesez pas, vous ne voyez pas son bilan. Le diabète, ce n'est pas que des glycémies. A ProxYDiab 38, c'est seulement le suivi téléphonique.

E3: Ils appellent au téléphone en demandant l'HbA1c. Par téléphone, ce n'est que déclaratif. Après, nous on peut les tenir au courant en sachant qu'on est bien chargé aussi.

6.2. Attentes et propositions des praticiens

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Compte-rendu | connaissances, difficultés du patient | 7 |
| | objectifs fixés par la structure | 6 |
| | succinct | 3 |
| suivi téléphonique | plus porteur qu'un courrier | 6 |
| | fréquence discutée | 3 |
| | insuffisant | 3 |
| resollicitation des patients en ateliers | | 6 |
| évaluation régulière des patients | | 6 |

6.2.1. Concernant le compte-rendu

Les médecins généralistes désirent que le compte-rendu contienne une évaluation du diabète, les connaissances et les difficultés du patient.

MG3: Dans le courrier, il faut leur évaluation du diabète, leur propre vision des choses, où en est le patient sur la prise en charge, sur la maladie elle-même et la thérapeutique proposée.

MG11: Il faudrait évoquer ce qui a été dit pendant le séjour, ce que le patient a acquis et les difficultés restantes pour s'en servir ensuite quand on le revoit.

MG13: Le courrier électronique sur messagerie sécurisée peut-être intéressant. Ça serait plus simple. Ils sont vus à ProxYDiab 38 qui leur dit d'aller voir leur médecin la semaine prochaine. Si on sait les thèmes qui ont été abordés, on peut passer une nouvelle couche rapide et se servir des informations. Les difficultés doivent être abordées.

MG14: Avoir les objectifs fixés et les difficultés du patient pour m'appuyer sur ces informations. Nous, on ne peut pas creuser en consultation.

MG20: Déjà savoir là où en est le patient. Ce qu'il a acquis, sur quoi il est autonome, les hypo les hyper. S'il a intégré les principales notions de son suivi : les pieds, l'ophtalmologue, etc. Ça fait partie de ce qu'on leur inculque au quotidien. Savoir si c'est acquis ou non. Faire le point sur son évolution.

MG28: Ce qu'a compris le patient, ce qu'on lui a dit. Ce que ça va amener à lui faire faire ou à ce qu'il le fasse seul. Qu'on puisse appuyer sur un point difficile. Avoir son suivi dans les différents ateliers.

MG29: Au niveau des résultats, c'est important. Comment le patient a vécu son passage, comment s'est-il comporté selon les gens qui s'en occupent. Il faut avoir le comportement pour juger les difficultés. On lui a parlé de ça, il n'a pas écouté..., il n'a pas compris. C'est le compte-rendu.

Ils souhaitent que les objectifs éducatifs soient partagés entre la structure, le patient et le médecin traitant. En effet, les médecins se servent de ces objectifs dans leur approche éducative et parfois se remettent en question.

MG7: Ça peut très bien m'ouvrir les yeux sur des problèmes, des difficultés que je n'aurais pas vues. Ça peut me permettre de cibler une difficulté car je n'ai pas vu le patient dans ce contexte.

MG9: En sortant de ProxYDiab 38, le patient doit avoir un compte-rendu de ce qui lui a été proposé. Avec le compte-rendu, on a la même information que celle du patient. Le compte-rendu doit vraiment contenir ce qu'on a dit au patient : c'est important pour nous d'avoir vos propositions. Les gens entendent puis relèvent certaines choses moins importantes. Le détail ce qui a été dit et fait. Il pourrait aussi contenir les éléments sur lesquels il faut insister par exemple l'activité physique.

MG15: Le compte-rendu doit nous aider à cibler pour voir six mois ou un an après où on en est. Il nous faut les difficultés du patient.

MG21: Il y a des choses qu'on va dire dans le suivi qu'on n'a pas l'occasion d'entendre. Il faut aussi ses acquis pour avancer.

MG22: Un vrai compte-rendu de vraie fin de passage ! Ça existe mais je ne le connais pas. Il me faut un compte-rendu qu'on lise, qu'on rentre avec des difficultés et ce que le patient a fait pour s'appuyer là dessus.

MG24: Ce rapport doit nous aider et on peut recibler avec le patient les choses qu'on a un peu oublié en route. A partir d'un écrit, c'est ce que je pense. Qu'est-ce que le patient a compris et à quel endroit il pense pouvoir faire des efforts. A quel endroit il pense ne pas avoir compris.

Trois médecins précisent qu'il faut aborder ces thématiques (acquisitions, difficultés du patient) de façon claire et succincte.

MG16: Les difficultés et échecs, ce que les patients ont appris. Mais il faut quelque chose de très succinct; il ne faut pas quatre pages sinon on ne lit pas. Il faut une conclusion bien claire en trois

lignes. Je m'en sers pour la suite de la prise en charge. Il n'y a pas d'intérêt de tout mettre car certaines informations sont inutiles.

MG18: En fait, il faut qu'il soit synthétique sur les objectifs principaux inculqués et on voit en consultation si les gens ont intégré ou pas.

MG27: Pas un compte-rendu d'hospitalisation, sinon on ne le lira pas. Tout en trois mots. Sur quoi vous avez travaillé et les acquis du patient. Ce que ça va amener à lui faire faire ou à ce qu'il le fasse seul. Qu'on puisse appuyer sur un point difficile. Avoir son suivi dans les différents ateliers.

Un médecin généraliste aimerait que le compte-rendu de fin de passage évoque le pronostic.

MG8: Une idée pronostique. Quel est le ressenti de ProxYDiab 38, quels sont les risques à court et moyen terme. Les difficultés du patient où il faut mettre l'accent. M'appuyer sur les problématiques du patient pour appuyer mon discours.

6.2.2. Concernant le suivi téléphonique

Le suivi téléphonique est très positif car il est plus porteur que le courrier.

D'autre part, il permet de conserver une relation triangulaire entre ProxYDiab 38, le patient et le praticien. Le patient informe son médecin qui peut reprendre l'ETP sur le diabète en cas de besoin.

MG11: Un suivi téléphonique, c'est pas mal. C'est une bonne chose, mieux que le courrier. Les gens ne lisent pas. Nous, on voit les patients donc on peut leur dire qu'il y a eu un coup de fil. Il faut que l'information circule. Les couches successives sont toujours utiles pour dire et redire. S'ils ont eu un coup de téléphone, leur dire qu'ils en parlent à leur médecin traitant. Le patient ne va pas forcément leur dire lors de la consultation. ProxYDiab 38 peut nous envoyer un mail pour nous dire qu'ils ont rappelé un patient.

MG22: C'est bien. Je pense que c'est exactement ce qu'il faut faire. Tous les six mois, c'est bien car en deux fois six mois on voit si ça ne marche ou pas.

MG23: C'est une bonne idée. Ça fait une piqûre de rappel.

MG26: C'est déjà bien. Je trouve que c'est bien car le contact téléphonique est plus porteur que l'information papier. C'est plus porteur que par courrier.

MG27: Pourquoi pas, je ne suis pas contre. Si ça me shunte, ce n'est pas grave. C'est le patient qui m'informe par ricochet.

MG30: Très bien. Très bonne idée.

Ce suivi téléphonique est à personnaliser. En effet, un médecin explique qu'il est inadapté pour les personnes maghrébines ne parlant pas français.

Une autre, explique qu'il faut demander l'accord du patient auparavant.

MG7: Oui mais pas pour les personnes arabes. Pour les personnes françaises, ça peut être bien.

MG19: Si le patient est d'accord, c'est bien. Par contre il ne faut pas le harceler s'il n'est pas d'accord. C'est à voir avec le patient en personnalisant la prise en charge.

La fréquence est aussi discutée par les médecins généralistes. Le suivi à six mois semble trop éloigné du programme. Les patients ont le temps d'oublier même si entre temps le relais est pris lors de leurs consultations.

MG13: Tous les six mois, ce n'est pas suffisant. Appeler quelqu'un tous les six mois, ça ne me semble pas suffisant. Il faudrait appeler une voire deux fois par mois pendant six mois et après le médecin traitant prend le relais et fait les rappels. Mais deux fois par an, ils ne se souviennent pas de ce qui a été fait et dit.

MG16: Je pense que ce n'est pas mal. Six mois, c'est long : ils ont temps d'oublier. Les gens comme ça en un mois, ils ont repris leurs mauvaises habitudes. Trois mois maximum.

MG17: Six mois, c'est long. J'aurai dit dans les deux mois qui suivent. C'est mieux. Au moins la première fois. Après vous êtes pas obligés de les convoquer tous les deux mois.

Enfin, la modalité est discutée en parallèle avec les médecins adressant des patients à ProxYDiab 38. Pour eux, le suivi téléphonique est insuffisant sur la forme et le contact physique est à privilégier. La rencontre limite l'omission d'informations par le patient.

MG28: La voix orale n'est pas mon fort, je préfère le contact physique. C'est mieux en consultation qu'au téléphone. Ça peut être suffisant, c'est nécessaire mais il ne faut pas rester là-dessus. C'est nécessaire mais pas suffisant par téléphone.

MG29: Pourquoi pas. Ce n'est pas suffisant, rien n'est suffisant ! C'est déjà correct. Quand on est confronté au patient, il y a une différence entre ce qu'ils vous disent en face et par téléphone.

MG8: Ce n'est peut-être pas suffisant. Il faut revoir les gens physiquement, qu'ils soient convoqués.

6.2.3. Resollicitation des patients

Les modalités concernant le compte-rendu et le suivi téléphonique ont été discutées. La plupart des médecins, qu'ils connaissent ou non le fonctionnement de ProxYDiab 38, proposent différentes stratégies dans le suivi.

La première proposition aborde la possibilité de refaire des ateliers, soit à la demande du médecin, soit à la demande du patient. Plusieurs objectifs seraient attendus : remise à niveau en diététique et activité physique, réaborder des difficultés éventuelles.

MG6: On pourrait même demander si les patients veulent refaire des ateliers pour revoir leurs difficultés.

MG12: Je pense qu'une fois par an, il faudrait proposer des modules complémentaires. Les piqûres de rappel pour refaire le point. Il faut que ça soit à la carte. Le patient fait un atelier, un peu sur la diététique mais s'il veut faire un atelier sur les yeux, sur les pieds, sur comment bouger.

MG14: Voir si le patient au bout de un an ou deux, est demandeur ou que ça serait utile de refaire des modules sur un thème.

MG16: Pourquoi ne pas proposer des nouveaux ateliers. On peut solliciter la structure et reproposez aux patients. Ça risque d'être difficile car les patients connaissent la structure, le système. Ils diront : "je l'ai déjà fait".

MG28: Refaire des ateliers, c'est bien pour remettre à jour les connaissances.

E3: Refaire des ateliers où le patient présente des difficultés en activité physique, diététique. Ce serait à la demande sans faire le cycle complet.

La seconde proposition serait une reconvoque en vu d'une évaluation. La possibilité de reformer les mêmes groupes a été soulignée.

MG1: Il faudrait les reconvoquer une fois par an pour savoir où ils en sont par rapport à leur diabète... Peut-être reconvoquer le même groupe... Les revoir peut-être pas tous les six mois mais au moins une fois par an. Savoir s'ils ont suivi les conseils, revoir leur HbA1c, savoir s'ils ont tout laissé tomber. Je pense que ça serait bien.

MG2: Il pourrait y avoir un rendez-vous annuel ou biennuel entre le patient et ProxYDiab 38. On a intérêt de faire une piqûre de rappel pour les patients : refaire une réunion, revoir la diététicienne, évaluer les dérapages.

MG7: Ça serait bien qu'il y ait un rendez-vous tous les six mois pour faire le point d'une autre façon que nous en essayant de voir le plus possible.

MG8: Il faudrait instaurer une visite annuelle à ProxYDiab 38, je pense que ça pourrait suffire.

E2: Il faut voir ce qui a été fait et ce qui va rester au fil du temps. Essayer de voir les gens tous les trois mois pendant un an. Mais ça fait boule de neige... Reconvoyer les mêmes groupes.

E5: Moi je pense que des journées d'évaluation annuelles si c'était possible tous les ans pour refaire le point et refaire une injection de rappel. Ça serait très intéressant.

L'importance de poursuivre les interactions entre le médecin généraliste et la structure est évoquée.

MG4: Je pense qu'il faudrait qu'il y ait un peu plus d'interactions une fois que l'ensemble de ProxYDiab 38 s'est mis en route. Peut-être reconvoyer le patient pour faire le point, voir avec nous où on en est et si on a des difficultés, peut-être les recontacter et voir ce qui nous ait proposé.

Deux médecins insistent sur le fait qu'il ne faut pas trop attendre avant de restimuler les patients sur le plan éducatif.

MG5: Il ne faut pas les lâcher : peut-être les revoir, les reconvoyer.

MG26: Refaire de façon moins détaillée un rappel, une fois par mois ou tous les deux mois.

Un autre, au contraire explique qu'il faut laisser un peu de temps au patient pour oublier sa maladie. Il propose une évaluation à distance, deux ans après le programme.

MG18: Ça serait plus un rappel courrier à deux ans. Il ne faut pas que ça soit trop rapide. Car ils auront l'impression d'être tout le temps dans leur maladie. Ils me disent "j'en ai marre, je suis tout le temps dans le diabète ". À deux ans, on fait si vous le désirez une évaluation de la persistance de vos connaissances. Sur un maximum de trois heures. Pas un truc répétitif, sans nouveau cycle.

6.2.4. Autres modes de contact pour poursuivre l'interaction entre les médecins, la structure et les patients

Le suivi et la poursuite des interactions avec la structure peuvent être concrétisés par différents moyens selon les médecins. Ils proposent le courrier, les mails ou les appels téléphoniques.

| | |
|---|---|
| courrier | 2 |
| téléphone | 3 |
| mails | 2 |
| réunions entre la structure et les médecins | 1 |
| rencontres, apports entre patients | 7 |

6.2.4.1. Le courrier

Ce courrier serait envoyé par ProxYDiab 38 pour informer le médecin de l'évolution du patient. Le médecin lui aussi pourrait solliciter ProxYDiab 38 en cas de besoin pour son patient.

MG2: ProxYDiab 38 pourrait écrire au médecin pour voir l'évolution du traitement, de son hémoglobine glyquée. C'est important que le médecin généraliste soit tenu au courant par ProxYDiab 38.

MG15: Avoir un courrier de ProxYDiab 38. Savoir ce qu'est devenu le patient, s'il y a eu des améliorations, suivant ce qu'on leur dit on peut repropose ProxYDiab 38. C'est peut-être plus facile que des réunions.

6.2.4.2. Le téléphone

D'autres médecins proposent un contact direct par téléphone en cas de difficultés éducatives par exemple.

Une endocrinologue propose de se rendre disponible par téléphone pour renseigner ProxYDiab 38 en cas de besoin.

MG9: Si on a un souci, pouvoir les rappeler facilement pour des conseils, ça peut être bien. De même, quand on sent qu'un patient doit revenir à ProxYDiab 38 car il aurait besoin de revenir chez vous. Peuvent-ils y retourner quand ils veulent ou c'est le médecin qui décide ?

MG30: J'aimerais moi aussi pouvoir rappeler ProxYDiab 38 en cas de problème. Il faut qu'on soit intriqué autour de notre patient.

E1: En cas de problème ou pour des questions sur un patient, ils peuvent nous appeler.

6.2.4.3. Les mails

Ce contact moderne a pour objectif de coordonner l'ETP pour le patient.

MG11: ProxYDiab 38 peut nous envoyer un mail pour nous dire qu'ils ont rappelé un patient.

MG13: Un courrier électronique nous disant que notre patient a été vu et que tel problème spécifiquement a été abordé. Ça serait pas mal.

6.2.4.4. Mise en place de réunions réunissant les acteurs de la structure et les médecins généralistes

Ces rencontres auraient différentes formes. Des réunions de synthèse pour des patients difficiles où la prise en charge est à adapter après discussion de ProxYDiab 38 et du médecin généraliste. Ces réunions pourraient être l'équivalent de groupes de pairs.

MG15: Faudrait-on qu'on fasse des réunions de synthèse? Ça peut être intéressant.

MG17: Après il faut faire un point et faire que les prises de sang soient adressées aux deux. Une chez vous, une chez nous et on en rediscute par mail, par téléphone. Ça serait bien de revoir leur patient au bout d'un certain temps pour faire le point. Le rencontrer et faire le point, savoir comment ça se passe, les habitudes alimentaires, l'activité physique. Ça pourrait être à la demande du médecin. Ça serait bien qu'il y ait une visite complémentaire une fois qu'il a été adressé soit par vous, par nous en s'appuyant sur le courrier. Il faudrait refaire le point et alors on le réadresse.

MG30: Je pense qu'il faut que chacun renvoie le patient à l'autre en fait. Travailler comme ça. Moi, par exemple, j'envoie quelqu'un où j'ai des blocages. J'énumère mes blocages, il va voir ProxYDiab 38. Il est vu une, deux, trois fois et au bout d'un moment, on lui dit de retourner voir votre médecin traitant. On va lui envoyer ce qu'on a fait et puis vous reverrez avec lui.

Des réunions communes avec les médecins généralistes pour faire le point et adapter la prise en charge éducative.

MG10: Peut-être d'autres réunions avec nous médecins généralistes. J'aimerais qu'ils me disent leurs difficultés et ce qu'ils attendent de nous. Je préférerais que ça soit eux qui fassent la démarche car je suis fainéant ! Voir ce que je peux faire pour améliorer la prise en charge de mes patients avec eux.

MG22: Ceux qui mettent en place cette structure doivent être proches du médecin généraliste.

MG26: Ça serait super si je sens un patient qui faiblit.

MG28: Sous forme de réunions communes. Il y peut-être des passages transversaux entre les différents intervenants : des mails, des courriers pour faire le point sur l'évolution du patient.

7. Relations entre ProxYDiab 38 et les praticiens. Types de relations et difficultés éventuelles

7.1. Types de relations

Nous avons interrogé les médecins pour évaluer leur contact avec la structure.

Les médecins dont les patients ont fini le programme déclarent communiquer avec ProxYDiab 38 par le biais du compte-rendu de fin de passage mais aussi des flyers.

MG1: J'ai reçu un courrier pour me dire que le patient avait été reçu. Sinon, il n'y a pas eu d'autres échanges.

MG4: Non mais peut-être ne fait-on pas assez de retour. Je ne l'avais pas vécu comme ça. On reçoit le courrier d'évaluation mais après il n'y a pas de suivi de notre part, ni par la structure pour arriver à fédérer le patient s'il manque de motivation.

MG5: Aucune, je leur ai demandé des flyers et ils m'en ont envoyés. J'ai reçu un courrier que je n'ai pas eu le temps de le remplir.

MG6: J'ai peu de relations. J'envoie ma petite fiche toute faite. Je reçois des comptes-rendus que je trouve peu utiles.

MG10: Bonnes relations mais on ne se voit pas beaucoup ! Ils nous écrivent.

MG12: J'ai scanné un flyer que je donne. J'ai peu de relations directes.

MG14: Les relations sont conviviales. Il n'y a pas de soucis pour récupérer des flyers.

E1: Les retours de courrier sont complets. Il y a beaucoup de pages mais c'est concis avec des items assez courts. Une interaction directe, il n'y en a pas trop finalement. On remet le flyer au patient avec l'adresse et on attend.

E3: Très bonnes. Jusqu'à présent, je communique par le biais de Céline Farre pendant les congrès. Je n'ai jamais appelé. J'ai les flyers que je donne aux patients.

E4: Peu de relations Je donne le numéro de ProxYDiab 38 au patient et il prend rendez-vous. Je ne le fais pas à leur place. Ensuite, on reçoit le compte-rendu. C'est comme ça que ça fonctionne. Je ne les appelle pas directement.

Un médecin téléphone à ProxYDiab 38 pour adresser des patients qu'il sent en difficulté pour débiter les ateliers.

MG12: Ça m'arrive de prendre le premier rendez-vous pour certains patients. Je les appelle de temps en temps puis Proxydiab contacte les patients.

Trois médecins déclarent n'avoir aucune relation avec ProxYDiab 38 car leurs patients n'ont pas encore fini le programme éducatif.

MG20: Non, mais c'est vrai que je ne les appelle pas spécialement. La secrétaire nous récupère des flyers ! Je ne les ai jamais appelés !

MG21: Ce qui serait bien, ce serait un retour. Pour l'instant, je n'ai pas de retour, pas de courrier. Ça serait intéressant. Il faut du personnel, une secrétaire. Elle doit avoir du travail par-dessus la tête. Ça serait intéressant d'avoir le bilan. A mon avis, c'est relativement récent et la mise en marche est longue.

MG24: Pas trop pour l'instant. Je ne les ai pas appelés. J'ai des flyers. Pas encore de relations.

7.2. Difficultés relationnelles

Une seule médecin généraliste déclare avoir eu une incompréhension avec Proxydiab concernant une réunion de présentation.

MG14: Ce n'est pas toujours ça. J'ai l'impression qu'ils ne sont pas ancrés dans notre réalité. On leur avait demandé une formation. Ça a mobilisé douze médecins et fait sauter une heure et demi de consultation pour plus de dix médecins. Des fois, j'ai cette impression là. On n'est pas sur les mêmes bases sur le mode de la coopération. On a du mal à se comprendre mutuellement. Est-ce de notre fait, de leur fait ? On s'exprime mal, on comprend mal ce qu'on nous propose ? Sur cette histoire de formation, nous sommes déçus.

Les autres expriment n'avoir eu aucune difficulté pour joindre la structure et que l'accueil était sympathique.

MG1: Pas de difficultés à joindre ProxYDiab 38.

MG4: Pas de difficultés. Pas de difficultés car ils sont toujours bien accueillis.

MG6: Non aucune difficulté.

MG10: Aucune difficulté. Mais je ne suis pas non plus allé demander comment ça se passait avec tel ou tel patient.

MG12: Excellentes. Aucune difficulté.

E1: Non aucune difficulté.

E4: Non aucune difficulté.

E5: Pas énormément. Les relations qu'on a c'est les informations par Céline. Autrement, on n'a pas été voir. On envoie sur la confiance qu'on a sur les personnes qui y travaillent. Aucune difficulté. Nous avons des rapports satisfaisants.

8. Quel rôle les praticiens aimeraient-ils au sein de la structure ?

Les avis sont partagés.

Vingt et un médecins déclarent vouloir participer à l'ETP au sein de la structure. Ce rôle peut être, en tant que véritable acteur intégré à la structure ou, externe à la structure, en complément de la prise en charge.

Malgré cette motivation, la plupart aimerait s'investir dans ProxYDiab 38 mais sont freinés par des difficultés liées à la rémunération, au temps perdu au cabinet.

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|----|
| rôle interne à la structure | observateur | 7 |
| | acteur des ateliers | 7 |
| rôle externe à la structure | coordination | 8 |
| aucun rôle | manque de temps | 14 |
| | insuffisance de rémunération | 2 |
| | manque d'intérêt | 1 |
| | manque de compétences en ETP | 1 |

8.1. Rôle dans la structure

8.1.1. Rôle interne à la structure pour l'ETP

Sept praticiens déclarent être motivés pour avoir un rôle d'observateur à ProxYDiab 38.

Ils aimeraient visiter les locaux et éventuellement participer à des ateliers.

MG1: Pourquoi ne pas assister à une réunion avec des patients? Ça peut être intéressant.

MG2: Un rôle d'observateur.

MG3: A la limite en tant qu'observateur, aller avec un patient pour voir comment ça se passe.

MG18: Je n'ai jamais vu les locaux. Mais c'est vrai que ça serait bien de visiter et de rencontrer les intervenants.

MG22: Ne serait-ce que pour assister à une consultation de temps en temps. Peut-être ensuite franchir une marche, leur parler du pied, les regarder, s'en occuper.

MG30: Eventuellement, assister à des cours ou en faire car j'aime bien la pédagogie.

E1: Pourquoi ne pas assister à un module et voir ce qui s'y fait?

Faire des ateliers, présenter des exposés, faire des cours de cuisine ou d'activité physique avec les patients représentent une activité au sein de la structure. Cependant, trois médecins parmi les sept proposant d'être acteur au sein de ProxYDiab 38 réclament également une formation pour mettre leurs connaissances à jour.

MG4: Ce que j'aimerais c'est travailler sur l'activité physique car ça m'intéresse et je serai partante plus que sur le versant médical pur. Je pourrai consacrer deux heures de temps pour faire des activités, sortir marcher.

MG13: Pour faire des exposés en sachant que je n'ai pas la compétence d'un diabétologue. Pourquoi pas ?

MG14: Animer des groupes, je ne sais pas parce que je n'ai pas la formation pour l'instant.

MG15: Présenter des modules, pourquoi pas mais il faut être capable. Il nous faut une formation correcte pour ça.

MG18: Des formations pour les patients. Je veux bien être un des acteurs de ce type de module.

MG23: Pourquoi ne pas faire trois heures pour le côté nutrition, des cours de cuisine.

E1: Pourquoi ne pas participer à des séances car c'est peut-être différent par rapport à ce que j'avais vu dans les semaines dédiées au type 2.

8.1.2. Participer à l'ETP sans intégrer la structure

Certains veulent être un simple relais sans entretenir de liens avec la structure.

MG7: Celui que j'ai actuellement. Un lien avec la structure par le biais d'être le médecin généraliste.

MG16: Je garde ma place de médecin généraliste.

Les autres praticiens ne veulent pas participer au fonctionnement interne de la structure mais désirent prendre le relais de ProxYDiab 38 en enrichissant les liens : les deux travaillant en coordination.

MG6: Pas plus que maintenant. Nous inviter aux réunions pour dire notre ressenti.

MG17: Faire un courrier de présentation, discuter des résultats et faire le point sur les difficultés rencontrées. Etre partenaire en tant que médecin traitant de ProxYDiab 38.

MG20: Garder mon rôle de médecin traitant en partenariat avec ProxYDiab 38.

MG24: Je préfère l'utiliser plutôt que participer.

MG26: Je voudrais juste être le médecin traitant en partenariat avec ProxYDiab 38. Donner son expérience de médecin traitant.

MG28: Travailler en partenariat avec mon rôle de médecin traitant. Les points où on n'insiste pas c'est l'éducation. Mon rôle ça serait ça !

8.2. Aucun rôle dans la structure

Les raisons invoqués pour ce refus sont le manque de temps dans une première partie.

MG4: Pour l'instant, aucun par manque de temps.

MG5: Je pense que je n'aurai pas le temps.

MG7: Pas plus par manque de temps.

MG8: Je n'aurai pas le temps pour l'instant mais être correspondant, c'est sûr.

MG9: Maintenant concrètement, je n'ai pas le temps. Après, c'est se dire j'ai envie de le faire et je consacre du temps à ça. Pour l'instant je n'ai pas envie.

MG10: Aucun. A cause du temps.

MG11: Aucun, car on est débordé de travail.

MG14: Ça peut être intéressant mais je n'ai pas le temps.

MG19: Je n'ai pas de temps disponible.

MG21: Faire des ateliers, pourquoi pas mais c'est un problème de disponibilité.

MG27: Parce qu'on a assez de batailles dans nos cabinets et qu'on est plus que surbooké.

MG29: Un rôle dans la structure même, pour travailler pour la structure, je vais vous faire la réponse de tous les généralistes. Je n'ai pas le temps.

E2: Non pas trop. Ça prend du temps. Il faut répéter toujours la même chose.

E5: Rien. J'ai assez de choses à faire.

L'insuffisance de rémunération est aussi abordée.

E3: Au jour d'aujourd'hui, je ne me vois pas consacrer une ou une demi-journée par semaine pour ProxYDiab 38 car ça serait du temps pris pour le cabinet. Il faut voir le côté financier: il ne faut pas que ça soit en dessous de ce que je gagne au cabinet.

E4: Aucun ! Soyons clair ! C'est pour les jeunes. Il y a une raison financière et de temps.

Un médecin déclare ne pas être intéressé.

MG5: Je pense que ce n'est pas mon job. Mon job c'est de prendre en charge les gens au cabinet, de ne pas m'éparpiller.

MG12 avoue n'avoir pas assez de connaissances et de compétences en diététique pour pouvoir avoir un rôle dans la structure.

MG12: Moi, aucun ! Pour une raison très simple. Mes compétences en diététique sont quasi nulles, ne sont pas à la hauteur de ce que connaissent les diététiciennes.

IV. PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Dans ce dernier chapitre des résultats, nous aborderons les propositions d'évolution de la structure. Nous avons demandé aux praticiens s'ils désiraient des formations en ETP, organisées par ProxYDiab 38.

Ensuite, nous avons évalué comment étendre ce type de structure ambulatoire pour d'autres pathologies et lesquelles seraient intéressantes à cibler.

1. Investissement de Proxydiab dans les formations concernant l'ETP pour les médecins généralistes

1.1. Une motivation certaine des praticiens

Huit médecins de l'entretien 1 désirent participer à des formations en ETP mises en place par ProxYDiab 38.

Neuf médecins de l'entretien 2 et tous les médecins généralistes de l'entretien 3 déclarent être motivés pour participer à ces formations. Il faut néanmoins proposer des horaires adaptés à leur pratique.

De même, les cinq endocrinologues trouvent cette idée prometteuse.

MG1: Oui, oui, j'en fais régulièrement. Après, ça permet de se remettre à niveau. On apprend toujours des choses, rien n'est acquis. Moi je suis partante.

MG2: Oui, bien sûr, c'est intéressant de développer ça.

MG3, MG8, MG11, MG13, MG15, MG16, MG 19, MG20, MG22, MG23, MG24, MG25 : Oui!

MG4, MG6: Pourquoi pas?

MG7: Oui. Bien sûr. Je suis partante.

MG9: Oui, ça m'intéresserait sauf si c'est le samedi.

MG10: Oui mais il faut savoir quand et combien de temps.

MG12: Oui mais il faut que ça soit bref.

MG14: Oui, avec une demande comprise. Une vraie formation par des gens qui le font tous les jours. Leur but, ce n'est pas qu'on fasse de l'ETP car financièrement, ce n'est pas viable. Dans nos consultations, on voudrait un appui pour aller dans le même sens, ne pas ramer à contre courant.

MG18: Oui à condition que ça ne soit pas dans la journée. Nous généralistes à 20h, on est encore au cabinet.

MG26, MG28: Oui bien sûr!

MG27: Oui l'année prochaine.

MG29: Je serai intéressé au moins une fois pour mettre en pratique et voir ce qu'on entend par éducation thérapeutique.

MG30: Oui c'est un grand oui!

E1, E3: Oui.

E2: Oui, ça m'intéresserait pour avoir des idées pédagogiques. Pour me remettre à jour, il y a plein de choses pratiques que je ne sais pas.

E4: Je suis intéressée surtout si ce sont des professionnels qui ont l'habitude de faire de la communication, en contact avec le malade. Et non pas en contact avec que des professionnels et pas sur le terrain.

E5: Selon la thématique. Après le temps est compté. Sur un module spécifique d'un intérêt. Par exemple, l'insulinothérapie avec une technicité différente de la mienne, pourquoi pas ? Il faut des modules spécifiques.

1.2. Le manque de temps et d'envie freinent la formation en ETP

Un médecin qui adresse des patients à ProxYDiab 38, explique qu'il aura beau faire toutes les formations proposées en ETP, les patients ne changent pas leurs habitudes. Ainsi, la formation est inutile et entraîne une perte de temps.

MG5: Non je n'irai pas. Les gens on ne les change pas. Ce ne sera pas une perte de temps de me former à l'ETP du diabétique, mais ça sera une perte de temps au cabinet.

Un médecin de l'entretien 2 confie qu'actuellement, il a le sentiment d'avoir des connaissances suffisantes en ETP.

MG17: Peut-être dans quelque temps. Pour l'instant, je suis à peu près à l'aise là-dessus sans avoir la prétention de tout connaître.

Un troisième déclare laisser ProxYDiab 38 gérer l'ETP et ne désire pas s'en mêler donc il ne serait pas intéressé par les formations proposées.

MG21: Disons qu'à partir du moment où Proxydiab est une structure parfaitement adaptée à la prise en charge dans l'éducation du diabétique de type 2, je ne sais pas. Qu'on connaisse les rouages et les grands principes, oui. Sans se décharger sur ProxYDiab 38, à partir du moment où il y a de telle structure, est ce que c'est à nous de gérer en même temps ? Je pense qu'il ne faut pas les deux à mon avis.

Pour conclure, beaucoup de médecins sont demandeurs de précisions concernant l'ETP et seraient très intéressés de compléter leur formation médicale continue au sein de la structure.

2. Pathologies fréquentes en médecine générale et structures ambulatoires d'ETP

ProxYDiab 38, par son côté ambulatoire est une idée innovante qui pourrait être étendue à d'autres pathologies fréquentes dans la pratique de médecine générale. Tous sont d'accord pour dire que dans la plupart des cas, cette prise en charge concerne les patients porteurs d'une maladie chronique.

MG8, MG24, MG27, MG29: Toutes les pathologies chroniques.

Nous présenterons les propositions par ordre décroissant.

Les questions du financement, de l'organisation et de la pérennité sont soulevées par les médecins généralistes.

MG18 : Au lieu de multiplier les réseaux, il vaut mieux des réseaux martelant les généralistes en restant à leur disposition. Les réseaux devraient avoir une antenne détachable mobile.

MG25: Il y a déjà des réseaux dans les pathologies cardiaques. Je ne sais pas si ça peut déboucher sur quelque chose. J'ai une petite expérience de patients insuffisants cardiaques appartenant au réseau, et je me demande si c'est vraiment utile. Avec des diététiciennes, des infirmières qui se déplacent à domicile, car ce sont des patients avec des complications. J'attends de voir... C'est lourd, ça coûte cher et pour l'instant le bénéfice attendu ne me semble pas vraiment intéressant.

2.1. Les pathologies respiratoires

Les patients porteurs d'une BPCO, insuffisants respiratoires ou asthmatiques, selon les médecins interrogés, seraient les premiers à devoir bénéficier d'une structure ambulatoire en ETP. Ils insistent sur l'éducation des asthmatiques, l'aide au sevrage tabagique et la nutrition. Dix-huit médecins citent ces pathologies.

MG5, MG19, MG30: L'asthme.

MG6, MG7, MG27 : L'insuffisance respiratoire, la BPCO.

MG8: L'asthme tout particulièrement chez l'enfant, les allergies, c'est sûr.

MG10, MG16: L'asthme et la BPCO.

MG11: La prise en charge du tabac : les conséquences, le sevrage avec la surveillance du poids...

Dans le post sevrage, il y a de la place pour ce type de structure.

MG12: Le problème, c'est l'asthme et son apprentissage.

MG13: Pour les asthmatiques, connaître le pic flow, reconnaître les crises, connaître des chiffres de morbidité, arriver à se servir du traitement.

MG14: L'asthme, la BPCO, le tabagisme : ça pourrait avoir un intérêt d'aider les gens à poursuivre l'activité physique.

MG15: Les asthmatiques.

MG 17: L'insuffisance respiratoire.

MG20: L'éducation thérapeutique de l'asthme c'est une catastrophe. On a un gros travail par rapport à l'utilisation des aérosols. On ne prend pas le temps de leur expliquer. Autant le diabète, on s'appuie sur une infirmière, autant l'asthme c'est catastrophique.

MG21: Les pathologies respiratoires avec le tabagisme en particulier, la BPCO et l'asthme. Toutes les maladies respiratoires chroniques.

MG24: L'asthmatique qui ne se soigne pas du tout, qui fait n'importe quoi. Lui, c'est catastrophique : il faudrait reprendre dès le début.

2.2. L'obésité et les troubles du comportement alimentaire

Seize médecins confient qu'ils ont des difficultés pour gérer cette pathologie. Ils citent aussi l'importance de la prévention et de la prise en charge de l'obésité chez les enfants.

MG2: Les personnes qui ont un problème de poids, notamment obésité, de boulimie.

MG4, MG7, MG14, MG17: L'obésité.

MG5: Les patients obèses, je ne sais pas quoi en faire. Les patients boulimiques. J'ai besoin d'aide pour mes patients obèses. L'obésité de l'enfant.

MG6: L'obésité en général.

MG8, MG9: L'obésité de l'enfant.

MG11: L'obésité et le surpoids. C'est un problème majeur dans notre pratique. La prévention chez les jeunes. On voit des jeunes obèses...

MG19: L'obésité, c'est aussi un sujet compliqué. On ne peut pas non plus tout faire pour les gens. C'est très bien tout ça mais qui va financer tout ça ?

MG20: Pour l'obésité, on les attrape par tous les bouts. Du coup, on les stresse et on les fait grossir car il y a plein de choses déjà.

MG21, MG22: L'obésité.

MG23: Aux enfants obèses. C'est vrai que ça serait bien. Les enfants, je les suis depuis tous petits et on arrive à avoir des résultats chez les enfants et remettre l'IMC dans les rails. Si c'est pris trop tard, c'est désespéré. Ce sont les habitudes alimentaires de l'enfant qui créent les problèmes de diabète. Une structure au niveau des enfants, ça serait bien. Faire des cours de gym pour les enfants obèses.

MG26: Après, le surpoids, l'obésité car c'est vraiment difficile.

2.3. Les pathologies cardiovasculaires

Quinze des médecins proposent une aide à la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires avec des informations concernant la diététique et l'activité physique. Ils insistent sur l'évolution insidieuse et silencieuse de ces maladies.

MG1: L'hypertension artérielle. Les patients vasculaires en les informant sur l'arrêt du tabac, l'activité physique, la diététique.

MG2: Les pathologies cardiovasculaires.

MG3: L'HTA, la dyslipidémie.

MG5: Les problèmes cardiovasculaires.

MG4, MG11, MG17, MG29: L'HTA.

MG11: L'HTA et la gestion des facteurs de risque cardio-vasculaires.

MG14: Les problèmes d'hypertension mais je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de choses à éduquer.

MG15, MG16, MG19: Les facteurs de risques cardiovasculaires.

MG23: Les dyslipidémies pour leur apprendre avec des cours de cuisine.

MG25: Tout ce qui est la diététique des lipides, tout ce champ est intéressant.

MG26: L'HTA. On se retrouve sur le même type de pathologies. C'est une maladie asymptomatique au début, les complications arrivent de façon silencieuse. Il y a un défaut de compliance. Les complications à long terme avec une maladie asymptomatique.

2.4. La cardiologie

L'insuffisance cardiaque, le post infarctus et l'éducation des AVK ont été cités par quatorze praticiens.

MG3: Les maladies cardiovasculaires après un infarctus avec pontage ou intervention chirurgicale.

MG4: L'insuffisance cardiaque.

MG5, MG16, MG28, MG29: L'insuffisance cardiaque.

MG6: En post infarctus.

MG7: L'insuffisance cardiaque. Les anticoagulants avec la gestion des INR. Les angors.

MG10: Pour le post infarctus, l'insuffisance cardiaque.

MG12: Les grands classiques, c'est l'insuffisance cardiaque.

MG15: Les AVK, c'est fait heureusement !

MG17: Les AVK et l'insuffisance cardiaque.

MG23: Le patient avec des gros infarctus. Mais ça pourrait être intéressant avec les kinés, remise au sport, appui sur la diététique.

MG27: Les coronariens.

2.5. La rhumatologie

Les problèmes de lombalgie chronique ainsi que les rhumatismes inflammatoires sont évoqués par neuf médecins généralistes. Les adaptations du poste de travail sont sous-entendues.

MG3: Les lombalgies chroniques.

MG4: La polyarthrite rhumatoïde. Les maladies chroniques invalidantes; les maladies inflammatoires du jeune.

MG9: Les lombalgies, des douleurs aux épaules qui ont un problème avec leur lieu de travail.

MG10: La rhumatologie pour les pathologies chroniques rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde.

MG13: Les problèmes de rhumatologie avec chose type école du dos.

MG16: En rhumatologie, ils sont gros, obèses avec les genoux pourris, on en revient à l'hygiène de vie où il faut tout reprendre en main.

MG17: Le lombalgie. L'éducation sanitaire, c'est toujours utile et important.

MG21: La surcharge pondérale joue aussi un rôle dans les rhumatismes et les articulations des membres inférieurs. L'obésité, c'est un peu comme le diabète. C'est vrai que ça aggrave plein de choses.

MG24: Tout ce qui est rhumatologique, les problèmes de dos. Pour tous les gens qui ont mal au dos et qu'on n'arrive pas bien à prendre en charge.

2.6. La neuropsychiatrie

La gestion du stress au travail, la dépression mais aussi les maladies neurologiques chroniques comme la sclérose en plaque sont des pathologies citées par quatre médecins.

MG3: La dépression, la sclérose en plaque, les affections neurologiques chroniques.

MG8: La psychiatrie avec la gestion de la souffrance au travail.

MG19: Le stress au travail.

MG22: Ce sont les schizophrènes chez les adolescents.

2.7. La gériatrie

Cette spécialité pourrait bénéficier de structures ambulatoires d'ETP pour une prise en charge globale, médicale, sociale, paramédicale... Le soutien de l'entourage est essentiel. Quatre médecins proposent une ETP ambulatoire pour les pathologies gériatriques.

MG18: La première pathologie qui me vient à l'esprit, c'est la maladie d'Alzheimer bien qu'il existe des associations. Il faut aider et soutenir l'entourage.

MG27: Les patients ont vieilli avec moi. Ils sont donc âgés. Je pense à l'insuffisance cardiaque, la dépendance qui est plus large avec les questions de chutes, de diététique. La maladie d'Alzheimer.

MG28: En gériatrie, on aurait besoin d'équipes qui interviennent pour nous aider aussi. Les familles sont loin, les IDE, les kinés passent mais rapidement car ils n'ont pas de temps. Il faudrait une équipe pour synthétiser tout ça. On est parfois seul : ils ne sont pas bien avec de grosses pathologies démentielles. Ils sont livrés à eux-mêmes même s'il y a des intervenants à domicile.

MG29 : Là ce n'est pas pour les patients seulement, c'est aussi la famille pour l'Alzheimer.

2.8. Autres pathologies

La néphrologie avec l'insuffisance rénale est citée par trois médecins.

MG7: Les insuffisants rénaux.

MG17, MG24: L'insuffisance rénale.

Trois médecins proposent une prise en charge en oncologie avec un accompagnement et mise en place de structures de soins palliatifs ambulatoires.

MG8: Le cancer avec l'accompagnement pluridisciplinaire du cancer, la psychologie, l'esthétique, la reprise de confiance.

MG22: Je pense qu'il manque un truc pour les femmes qui ont un cancer du sein. Il faut les écouter sur leurs chimiothérapies par exemple. Je pense que les femmes qui ont un cancer du sein ne sont pas assez écoutées.

MG28: En cancérologie, c'est différent. Il y a un système de soins en palliatif. Il y a déjà des structures avec palliative, l'HAD : on s'en sort avec eux. En cancérologie, c'est bien balisé contrairement à la gériatrie. On n'est un peu tout seul du coup. On n'a plus de structure disponible.

Les pathologies thyroïdiennes et le VIH sont cités par deux médecins.

MG7: La thyroïde et ses pathologies.

MG30: Le VIH : il y a l'observance qui est très importante, les effets indésirables des traitements. Il y a des patients où ça se passe bien mais d'autres sont très malades. J'en ai un qui est passé près de la fin cet hiver. Les problèmes de travail, de reprise du boulot à mi-temps.

Ces structures ambulatoires d'ETP seraient appréciées par les soignants pour soutenir leur prise en charge dans différentes pathologies fréquentes en médecine générale.

DISCUSSION

L'éducation thérapeutique du patient est une démarche en pleine évolution dans laquelle le rôle essentiel des médecins généralistes est souligné. Depuis la promulgation de la loi HPST (2,7), la réflexion autour de l'ETP et notamment concernant sa mise en œuvre, s'accélère. Les médecins généralistes sont donc de plus en plus sollicités. Il est donc légitime de recueillir les difficultés et les ressources de ces praticiens, médecins traitants, maillon fort de la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques.

De plus, nous nous sommes intéressés à la place de ProxYDiab 38 dans le parcours de soins du patient diabétique de type 2, mais aussi à l'intégration de cette structure dans la pratique des médecins généralistes. Enfin, par le biais de cette étude, une remise en question et des améliorations pourront être envisagées pour optimiser les actions de ProxYDiab 38 et leurs impacts.

I. ANALYSE CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE

1. La méthode

La méthode qualitative est largement développée en sciences humaines mais très peu dans le domaine de la recherche médicale.

Les études qualitatives explorent les émotions, le vécu et les représentations d'une population et permettent de parfaire une étude quantitative. La robustesse est similaire aux études quantitatives par une utilisation de la méthodologie précise.

Certains critères de qualité sont à noter dans notre étude (36, 41) :

- Problématique en lien avec l'état actuel des connaissances ;
- Question de recherche pertinente ;

- Méthodologie adaptée à la question de recherche ;
- Echantillon intentionnel ;
- Recueil et analyse précis des données avec triangulation;
- Résultats illustrés par des citations ;
- Limites de l'étude discutées.

2. Limites de l'étude

2.1. Liées au temps requis

Le manque de temps pour créer une relation de confiance avec les médecins généralistes peut être un biais. La pertinence des entretiens aurait peut-être été renforcée en prenant plus de temps lors des entretiens.

2.2. Liées à l'interviewer

Le fait d'être interne en médecine, en contact avec ses pairs, peut améliorer la validité des entretiens (42). L'enquêteur peut alors rebondir plus facilement sur certaines remarques pertinentes.

Néanmoins, il est très difficile de ne pas influencer l'échange et de ne pas perdre une certaine neutralité lors de l'entretien. Les entretiens qualitatifs nécessitent une expérience qui se construit au fur et à mesure des études (37).

2.3. Liées à l'échantillonnage

Le choix de certains critères : sexe (homme/femme), lieu d'exercice (Grenoble/ville aisée ou plutôt populaire), connaissance ou non de ProxYDiab 38,

nous a permis de choisir un certain nombre de médecins pour notre étude, correspondant à l'échantillonnage intentionnel (34), (36).

De plus, l'entretien étant orienté mais assez vaste, la saturation des idées n'a peut-être pas été atteinte. Le but de l'échantillonnage est d'obtenir un maximum d'informations afin de pouvoir transférer les résultats (33).

2.4. Liées à la méthodologie

La retranscription des données a été la plus fidèle possible par les verbatim.

L'anonymat des médecins interviewés a été conservé.

La triangulation des méthodes et des chercheurs a été utilisée (36, 41). Le fait d'avoir confronté l'analyse inductive avec les thèmes généraux, aux portraits des médecins permet de replacer les propos dans leur contexte.

De plus, les données ont été analysées par l'interviewer et trois autres personnes dont une naïve ne connaissant pas le sujet. Ceci permet la triangulation des chercheurs et augmente la validité des résultats.

Le retour (36, 41) des participants concernant les résultats n'a pas été réalisé.

II. ANALYSE CRITIQUE DES RESULTATS

1. Représentations de l'ETP par les médecins généralistes

1.1. Perception de leur rôle et influence de la législation

Lors des entretiens, nous pouvons percevoir que les médecins généralistes ont conscience de l'importance de l'éducation thérapeutique dans leur pratique. Ils pensent avoir un rôle principal dans la prise en charge éducative de leurs patients diabétiques de type 2. Plusieurs enquêtes auprès de médecins généralistes de Picardie, des Vosges, des Midi-Pyrénées et de Douai témoignent de cet investissement pour une approche éducative (43, 44, 45, 46).

Des publications professionnelles et législatives soulignent le rôle essentiel du médecin de famille dans le domaine de l'ETP (47). Les professionnels de santé sont de plus en plus sollicités par les pouvoirs publics, l'Assurance Maladie. Ainsi, la convention nationale des médecins généralistes (27) précise que le médecin généraliste se doit d'assurer les *soins de prévention* (dépistage, éducation sanitaire, etc...) et que *l'éducation thérapeutique trouve naturellement place dans ce colloque singulier*. Cette idée est reprise par le code de santé publique (28) et par la loi HPST qui insiste sur la pratique de l'ETP en ambulatoire, au cabinet (2).

Suite aux entretiens, nous concluons à une motivation des médecins pour avoir une approche éducative au cabinet. Ils déclarent déjà avoir une pratique d'ETP et que le cadre législatif donné par la loi HPST n'a rien changé à leur pratique, ceci d'autant plus qu'ils expriment mal connaître cette loi et son contenu. Ainsi, nous pouvons nous poser la question de la mise en pratique de l'ETP au cabinet.

1.2. Les difficultés concernant l'ETP, évoquées lors des entretiens

Les difficultés confiées sont multiples et inhérentes à la pratique de la médecine, au médecin ou au patient.

1.2.1. Les difficultés liées à la **pratique de la médecine**

1.2.1.1. Le manque de temps et les propositions de notre panel

Dans notre étude, tous les médecins citent le temps comme principale difficulté à la pratique de l'ETP au cabinet.

Plusieurs études confirment ce facteur limitant dans la démarche éducative. Dans une thèse de médecine concernant l'ETP et les médecins généralistes de la Somme (48), 85.1% des médecins déclarent que le manque de temps est un obstacle à l'ETP.

L'éducation thérapeutique du patient est souvent présentée comme une activité chronophage par ceux qui la pratiquent. Cette appréciation porte, dans la majorité des cas, sur les temps nécessaires aux démarches administratives, aux recherches de financement, à l'organisation, à la coordination et à la formation (9).

Ce manque de temps s'intègre à un mode d'exercice peut-être inadapté avec une non reconnaissance financière pour certains praticiens. En effet, comment mettre en place l'éducation lorsque les médecins effectuent de nombreux actes par jour ? Si une rémunération de l'acte éducatif peut motiver certains praticiens, elle ne résout pas le problème du temps nécessaire. L'étude ENTRED (1) a montré que 80% des médecins ont des difficultés à faire de l'ETP par manque de temps et 70% considèrent leur rémunération actuelle comme un frein.

L'objectif est de soutenir le généraliste dans le suivi des maladies chroniques et du diabète. Nous allons étudier les propositions faites par notre panel qui permettraient un meilleur accomplissement de ces missions de santé publique.

- Reconnaissance financière de l'acte spécifique d'ETP

Les médecins interrogés proposent une revalorisation financière de la démarche éducative. Ils souhaitent un investissement des pouvoirs publics.

Plusieurs modes de rémunération sont proposés :

- Une rémunération à l'acte pour les activités du médecin traitant.

Les actions conduisant au diagnostic éducatif et au suivi de programme d'ETP doivent être valorisées dans la Classification Commune des Actes Médicaux (17).

- Une rémunération forfaitaire pour les activités du médecin traitant

Les forfaits à la pathologie pour les maladies chroniques et les forfaits « cas-management », rémunération pour un service supplémentaire non acté peuvent être mis en place.

- Une rémunération forfaitaire pour les programmes d'ETP labellisés.

Soit une rémunération par séance et par patient si le nombre dans une même structure est important (17).

Soit une rémunération par programme et par patient s'ils sont moins nombreux (17).

La solution d'un système de financement mixte comprenant une rémunération par forfait et à l'acte nous apparaît la plus adaptée. Elle permet la prise en considération et la mise en œuvre des activités de santé publique. La rémunération à la performance risquerait de modifier l'éthique de la prise en charge.

Des expérimentations concernant les nouveaux modes de paiement ont été lancées selon le rapport JACQUAT (8) et autorisées par la loi de financement de la sécurité sociale 2008 (49). Le recul à ce jour n'est pas suffisant pour conclure à ces

expérimentations mais elles semblent prometteuses. Néanmoins, ces expérimentations ont été proposées uniquement pour les maisons de santé pluridisciplinaires et non pour d'autres modes d'exercice.

- Libérer du temps médical éducatif pour le patient

Les médecins se plaignent d'être acculés de tâches administratives et désirent une réorganisation de leur travail. Les recommandations de la SFSP (49), proposent un allègement de la charge administrative, chronophage. Cette proposition n'est pas concrétisée en étudiant nos entretiens.

Certains médecins proposent un allongement de la durée des consultations, mais quelle cotation adopter ? En pratique libérale, il est nécessaire de tenir compte du rapport travail/honoraires. Chaque médecin s'implique donc en fonction de ses convictions en ETP. De plus, la démographie médicale faiblissant, cet obstacle ne pourra que s'accroître.

- Une consultation dédiée à l'ETP

Cette consultation structurée, programmée à l'avance et spécifique à l'ETP, proposée par plusieurs médecins, présente des avantages. Elle répond aux attentes des patients, permet d'identifier clairement l'objectif éducatif lors du rendez-vous et facilite le diagnostic éducatif et la prise en charge. Cette proposition est retrouvée dans la thèse étudiant les attentes en ETP des médecins généralistes de la Somme (48).

Ainsi, les médecins de notre étude, sont conscients du temps nécessaire à l'ETP et proposent, soit un allongement de la consultation, soit une consultation dédiée à l'ETP, avec une rémunération adaptée (forfaitaire par exemple). Le suivi et l'importance de revoir les patients régulièrement sont abordés.

1.2.1.2. Le manque de formation médicale

Un tiers des médecins interrogés déplorent une insuffisance de leur formation initiale, surtout sur des notions de diététique avant même celles concernant l'ETP en tant que telle, pour leur démarche éducative. Cet obstacle est soulevé dans l'étude réalisée sur l'arrondissement de Douai, où 85% des médecins répondants déclarent que l'enseignement reçu en ETP est insuffisant avec l'absence de formation initiale universitaire (45). De même, deux thèses de médecine (10, 48) concernant les médecins généralistes de la Somme mettent l'accent sur ce problème. De plus, dans l'étude ENTRED, 26% des médecins généralistes déclarent manquer de formation (1). Même si l'éducation occupe une place de plus en plus importante dans les études de médecine générale (50), la formation initiale ne prépare pas les futurs généralistes à la démarche éducative.

Un état des lieux de la formation initiale en ETP, en 2008 par l'INPES (31) révèle que cette formation est faiblement investie en France. En médecine, l'enseignement est disparate en fonction des facultés. D'autre part, la formation des étudiants en médecine se déroule essentiellement à l'hôpital, où le modèle curatif est mis en avant. Le patient est donc passif et ne participe que très peu aux décisions médicales le concernant.

Le rapport JACQUAT (8) en 2010, propose d'introduire dans la formation initiale de tous les professionnels de santé concernés, un enseignement à l'éducation thérapeutique du patient en privilégiant l'interdisciplinarité. La première année de médecine, commune aux chirurgiens dentistes, sages-femmes, pharmaciens et kinésithérapeutes intègre des notions concernant l'ETP. De plus, ce rapport met en place des formations en ETP en troisième ou quatrième année avec des stages hospitaliers ou ambulatoires possibles pour les étudiants.

Parallèlement, différentes attentes de formation sont évoquées par des médecins généralistes de la Somme (48) et similaires à celles retrouvées dans notre étude.

- Une formation intégrée au programme de FMC, concernant une pathologie courante. Ils précisent qu'il faut une formation brève, utile, à des horaires adaptés pour leur pratique. De plus, il paraît important qu'elle soit rémunérée ;
- L'acquisition de compétences éducatives adaptées à la pratique et aux besoins du généraliste ;
- Un diplôme universitaire pour éventuellement coordonner des programmes éducatifs.

L'attente des médecins généralistes en terme de formation correspond à une aide pratique et adaptée à leurs préoccupations, essentiellement la diététique. Ils désirent aussi un approfondissement concernant la démarche d'ETP et les actions possibles par le médecin généraliste. La formation et les connaissances acquises sont une ressource nécessaire à leur approche éducative. Nous aborderons secondairement la possibilité d'intégrer ProxYDiab 38 dans la pratique et la formation des médecins généralistes intéressés.

1.2.1.3. Le manque de supports éducatifs

Dans notre étude, les médecins utilisent essentiellement des supports pédagogiques sous forme de documents papier (brochures, fiches patient personnalisées, ...) destinés au patient. Ils insistent sur la nécessaire pertinence de ces supports mais aussi sur la difficulté de pouvoir s'appuyer sur des cadres référentiels précis concernant l'ETP. Ce souhait de disposer de supports d'information est évoqué par 40% des médecins et le besoin d'outils d'aide à la

consultation par 60% dans le baromètre santé 2009 (51). Ces supports éducatifs doivent servir d'information pour les patients, d'aide à la consultation pour les professionnels.

De plus, les médecins généralistes ont besoin de consensus clairs décrits dans l'HAS (14, 19) et dans le rapport SAOUT en juin 2010 (17). Ils désirent aussi des supports concernant les recommandations de pratiques cliniques pour une démarche éducative (1). La mise en place de fiches conseils pour les patients et les praticiens suivant les recommandations est à concrétiser.

Le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique (29) illustre la prise de conscience de ces difficultés et propose des solutions. Ce plan prévoit d'intégrer à la formation médicale l'ETP, de rémunérer l'activité d'éducation du patient en ville et à l'hôpital et de mettre à la disposition des médecins traitants des outils d'ETP en développant une coordination régionale des ressources dans ce domaine.

1.2.2. Les freins du **médecin**

Le manque d'intérêt pour l'ETP de certains médecins généralistes dans notre étude peut être un frein. Ils s'interrogent sur l'efficacité réelle de l'ETP. En effet, ils expliquent que les résistances aux changements des patients leur posent des problèmes et parfois même les découragent.

Un tiers de notre panel déclare se sentir las. Ce chiffre concorde avec l'étude qui a été réalisée auprès des médecins généralistes de la Somme où 35% des patients jugent leur impact comme inefficace (48).

Deux questions se détachent :

- Comment sensibiliser les médecins à l'ETP ?

Pour changer la vision des médecins généralistes concernant l'ETP, il est nécessaire de les sensibiliser, d'apporter une information et d'initier une réflexion sur l'intérêt, l'efficacité et la mise en pratique de l'ETP. Cette question est développée par BOURDILLON, dans la Société Française de Santé Publique (52).

- Comment garder la motivation du soignant, élément essentiel à la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique ?

L'approche relationnelle spécifique (26) et l'utilisation d'outils pédagogiques adaptés peuvent être une aide. La persévérance doit être une qualité des soignants.

Pour lutter contre la lassitude et le découragement, les médecins généralistes peuvent s'appuyer sur la formation continue et les soutiens éducatifs du territoire qui seront évoqués dans la suite de l'exposé. Il doit aussi s'adapter à la volonté du patient dans cette démarche d'ETP.

Ainsi, certaines difficultés sont inhérentes au patient.

1.2.3. **Le patient** rend l'ETP parfois difficile

Différents freins liés au patient peuvent être identifiés.

Le manque de sensibilisation des patients à l'éducation, au dépistage est une des raisons à évoquer. Peut-être faudrait-il une meilleure communication avec les patients ? Il faut arriver à donner les clefs à l'apprenant (15).

L'étude DIASTEP (53) énonce les difficultés de prise en charge du diabète de type 2 par les médecins généralistes. Ils classent cette pathologie en deuxième

position par ordre de difficulté. Les sources d'obstacle sont la diététique, la nécessité d'éduquer les patients et la non observance des patients. La réticence des patients est citée par 76% des médecins interrogés dans cette étude et par 51.2% dans le baromètre Santé 2009 (51).

De plus, l'aspect psychologique est très important car l'acceptation de la maladie peut être à l'origine de ces difficultés. Ceci est très bien illustré dans le livre de B. SANDRIN BERTHON (54) : *Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ?* Ainsi, la résistance des patients peut être générée par une souffrance et une angoisse du patient. Il faut donc améliorer la relation médecin-malade car la qualité de celle-ci influence le contact avec le patient, sa maladie et son traitement. La recherche des conceptions et des croyances du malade sur sa maladie, son traitement permet d'améliorer le partenariat et diminue la difficulté de l'ETP inhérente au patient.

Notre étude illustre cette problématique car les difficultés mises en avant sont la compréhension et l'acceptation de la maladie, le manque d'adhésion à la prise en charge, la motivation et les difficultés d'observance médicamenteuse. L'expérience et la relation médecin-malade peuvent aider à lutter contre ces freins.

D'autre part, la culture, le frein linguistique et le niveau socioéconomique sont évoqués par les médecins de l'étude. Pour eux, la culture peut être un frein car les populations originaires du Maghreb sont fatalistes. Ainsi les représentations sociales liées à la maladie et à leur prise en charge sont prégnantes et le patient attend du professionnel qu'il lui dicte ce qu'il a à faire et lui prescrive les médicaments pouvant résoudre le problème (15). L'analyse des entretiens auprès des médecins généralistes de notre étude illustre leurs difficultés à impliquer les patients maghrébins dans une démarche éducative, les spécificités culturelles ayant par exemple des répercussions sur le type d'alimentation, la pratique d'activité physique

et leurs croyances comme le fatalisme. Les médecins exerçant dans des villes ou quartiers plutôt défavorisés signalent l'importance et la difficulté de prendre en charge cette population. Par ailleurs, lors des rencontres avec des médecins exerçant dans des villes aisées aux alentours de Grenoble, cette information est reprise pour stipuler qu'il est plus facile de faire de l'ETP à un patient d'un niveau socioéconomique favorisé. Ceci est bien sûr une représentation des médecins.

Cette discussion pose la question des facteurs associés à la qualité des soins en ETP. Il a été démontré que les diabétiques soignés par des cabinets de médecine générale exerçant en zone défavorisée ont un moins bon équilibre glycémique et un suivi moins cadré (55). De plus, les personnes nées au Maghreb, présentent plus souvent une rétinopathie (55). La compréhension de la langue est aussi un frein à l'ETP et à la relation médecine-malade.

ProxYDiab 38 veut limiter ces difficultés en proposant des ateliers spécifiques aux patients maghrébins avec une adaptation de l'information à leur culture. Des documents dans leur langue pourront aussi être proposés.

1.3. Les ressources pour une approche éducative

1.3.1. Les ressources du **médecin**

Comme nous l'avons vu précédemment, la formation médicale continue est une ressource essentielle pour les médecins généralistes. L'insuffisance de leur formation initiale est décriée. De plus, ils déclarent manquer de supports pertinents pouvant être une aide intéressante.

Par ailleurs, dans notre étude, les praticiens rencontrés expliquent qu'ils utilisent la relation de confiance médecin-malade et qu'une alliance thérapeutique est

importante. En effet, 82% des diabétiques de type 2 sont pris en charge par un médecin généraliste sans autre recours (1). Cette relation s'installe avec le temps et permet d'acquérir un certain savoir-faire. Dans l'ETP des diabétiques, 72% des médecins déclarent se sentir efficaces (51). Dans cette partie, nous aborderons l'importance de la relation médecin-malade mais aussi le rôle primordial du médecin traitant.

Le médecin généraliste est ainsi, selon DECCACHE, le professionnel de santé le plus habilité pour remplir cette fonction d'ETP (56), de par les qualités suivantes :

- *L'accessibilité géographique et financière* : le médecin est l'acteur principal des soins de premier recours ;
- *La proximité relationnelle* : le généraliste connaît les patients dans toutes leurs dimensions, qu'elles soient médicales, familiales, sociales, psychologiques;
- *La relation de confiance* qui est favorable à l'ETP ;
- *Le suivi du patient et de son entourage* : le spécialiste en médecine générale coordonne les soins et soutient le patient dans la prise en charge de sa maladie chronique. La relation médecin-malade se construit avec la répétition des consultations. Le temps devient donc un allié thérapeutique ;
- *Une approche globale et centrée sur la personne* : cette démarche s'inscrit pleinement dans l'éducation du patient ;
- *Aptitude du généraliste à la résolution de problèmes dans un modèle bio-psycho-social.*

Ainsi, l'éducation est fondée sur un dogme : le lien construit lors de la relation médecin-malade. Par ce lien, l'alliance thérapeutique, ressource nécessaire, s'établit.

Cette alliance est un concept de psychothérapie qui décrit le lien d'attachement et de collaboration entre le thérapeute et le client au cours du processus d'aide (57).

1.3.2. Les ressources du **patient**

Les praticiens dans notre étude s'appuient sur la famille du malade. Cette dernière est un maillon essentiel de la prise en charge. La définition même de l'ETP a pour objectif d'aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à participer aux soins, à prendre en charge son état de santé et à favoriser un retour aux activités normales et au projet de vie (13). L'HAS (19) définit l'entourage dans les populations pouvant bénéficier d'une éducation. Elle est très importante dans les familles maghrébines où les enfants s'occupent de leurs parents.

Comme nous l'avons développé dans les difficultés, la prise de conscience du patient, ses connaissances et l'acceptation de la maladie sont aussi une aide précieuse dans la relation médecin-malade et permettent une ETP plus efficace.

1.3.3. Les **soutiens éducatifs**

Dans le baromètre santé 2009 (51), 75% des médecins généralistes sont prêts à déléguer des tâches de prévention à des paramédicaux ou structures éducatives. Hélas, ils déclarent mal connaître les offres éducatives du territoire pour mettre en place un partenariat. Cette notion est retrouvée dans l'étude ENTRED (1).

Dans notre étude, les médecins citent les infirmières qui peuvent assister le patient dans son autosurveillance glycémique par exemple. Dans plusieurs études (55), le suivi par des infirmières spécialisées en diabétologie est aussi efficace que celui du médecin. Le diabétologue est aussi sollicité pour une adaptation thérapeutique en cas de difficulté dans 14% des cas (11). La diététicienne est un des piliers de l'offre éducative complémentaire : 20% des patients diabétiques de type 2

ont déjà bénéficié d'une consultation. Néanmoins, la non prise en charge par la Sécurité Sociale de ces consultations est un frein. Les médecins généralistes trouvent cette partenaire essentielle mais ne peuvent pas la proposer à tous leurs patients pour des raisons économiques.

Les réseaux donnent accès à des services d'éducation et de prévention des complications ; ils peuvent également apporter des solutions d'accompagnement personnalisé pour les patients. Cependant, ces réseaux pourront-ils pallier à la diminution de la démographie médicale ? C'est ainsi que ProxYDiab 38 devient une alternative intéressante car la prise en charge est pluri-professionnelle et gratuite pour les consultations diététiques. Cette structure offre les mêmes compétences qu'un réseau mais est plus simple d'utilisation.

Ce type de structures éducatives s'intègrent au parcours de soins du patient et le médecin traitant organise l'accompagnement du patient. La perspective est d'avoir un continuum éducatif et de pouvoir proposer un dispositif accessible pour tous, selon GAGNAYRE (58). Leur rôle sera secondairement développé dans la suite de l'exposé en insistant sur le partenariat.

2. ProxYDiab 38, structure inscrite dans le parcours de soins et au sein d'un territoire ?

A l'observation des résultats de nos entretiens, nous allons tenter de répondre à cette question.

2.1. Comment faire connaître la structure ? Les acquis et les évolutions

Les praticiens ont connu la structure par des réunions de sensibilisation pour la plupart d'entre eux (neuf médecins de l'entretien 1 et six de l'entretien 2). Ces

rencontres ont aussi été réalisées dans les centres de santé de la région grenobloise. Les endocrinologues, par le biais de l'ADELIE (associations des endocrinologues et diabétologues libéraux) ont bénéficié d'une présentation de ProxYDiab 38.

L'objectif de ces réunions est de faire connaître la structure, d'en expliquer le but, l'organisation et de mieux répondre aux attentes des médecins généralistes et spécialistes. L'étude de faisabilité concernant ProxYDiab 38 (25) a étudié les résultats de l'impact des réunions de sensibilisation, de communication et notre étude confirme leur efficacité.

Les plaquettes d'information à destination des professionnels de santé (flyers) ont été distribuées par courrier et ont permis à quatre médecins de connaître la structure, avec un des praticiens adressant régulièrement des patients. L'objectif de ces flyers est de promouvoir la structure auprès des différents professionnels du territoire.

La seconde thèse concernant les liens à tisser entre ProxYDiab 38 et les professionnels (32) illustre l'insuffisance de l'envoi d'un courrier sans relance et communication directe. Les groupes de pairs, les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques ainsi que l'entrevue lors de nos entretiens sont des moyens de relance et de réactivation de l'utilisation de ProxYDiab 38.

Par ailleurs, les praticiens ne connaissant pas la structure suggèrent différentes méthodes pour intégrer ProxYDiab dans leur pratique. L'utilisation d'un courrier et des réunions de présentation ont été proposés par ces derniers : ces actions sont déjà mises en place.

Néanmoins, deux propositions sont intéressantes et à développer :

- Le démarchage au cabinet par les acteurs de la structure. Certains médecins ont apprécié notre entretien car la présentation de ProxYDiab 38 leur était faite par un pair et ils apprécieraient de rencontrer le médecin responsable, les diététiciennes...
- L'appui des instances est une idée attrayante et permettrait une reconnaissance financière et politique de la structure. L'envoi d'un courrier par la sécurité sociale aux patients diabétiques pour les informer de l'existence d'une telle structure éducative est proposé. Le parallèle est fait avec la prévention buccodentaire chez les enfants (59).

2.2. Les qualités de ProxYDiab 38 et les freins d'accès

Nos résultats mettent en évidence une structure attrayante pour plusieurs raisons. Les médecins adressant à ProxYDiab 38 expliquent que la pluri-professionalité, les compétences de l'équipe, l'accessibilité et la proximité de ProxYDiab 38 sont des atouts certains. De plus, le caractère novateur de ProxYDiab 38 et sa mise en place ambulatoire a séduit un certain nombre de médecins car l'accès est simplifié. Ces qualités permettent une réelle efficacité de la prise en charge ambulatoire éducative des patients diabétiques de type 2.

Les critères cités par les praticiens de notre étude concordent avec ceux exigés pour l'autorisation de mise en œuvre d'un programme d'ETP, décrits dans le cahier des charges national (18) :

- Multidisciplinarité des intervenants : l'équipe doit comprendre au moins deux intervenants de professions différentes, dont nécessairement un professionnel de santé ;

- Formation des intervenants : les intervenants doivent être formés à l'ETP ou avoir une expérience dans ce domaine. Cette formation régulière permet aux acteurs de la structure d'acquérir des compétences ;
- Coordination au sein du programme ;
- Information du médecin traitant de l'entrée de son patient dans un programme. Il est rendu destinataire d'informations régulières sur le déroulement du programme et sur l'évaluation finale individuelle.

De plus, la gratuité de la structure est un point essentiel. En effet, vu le contexte économique actuel, l'argent est un frein certain pour les patients. La prise en charge par les diététiciennes est une des raisons motivant les médecins généralistes à adresser des patients à ProXYDiab 38 car la Sécurité Sociale ne rembourse pas ce type de consultations.

Dans le rapport au premier ministre rédigé par Mr JACQUAT (8), le financement de l'ETP est abordé. Il explique que le financement ambulatoire est probablement suffisant mais non pérenne. Les financements pour l'ETP en ambulatoire sont issus principalement de deux fonds gérés par l'Assurance Maladie, le Fond National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (FNPEIS) et le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), auxquels il faut rajouter les financements sur les crédits d'Etat, les financements par les associations de patients et par l'industrie pharmaceutique. L'ARS devient la clef de voûte du financement public, planifie et accompagne la mise en œuvre des programmes d'ETP. Elle maîtrise les financements publics de l'ETP (Assurance Maladie et Etat).

Après avoir abordé les qualités de ProxYDiab 38, nous notons que les freins d'accès à la structure sont de deux niveaux. Les premiers concernent le patient. Dans ce contexte, les médecins généralistes ont proposé ProxYDiab 38 mais les patients n'ont pas concrétisé cette suggestion pour différentes raisons.

Selon le stade d'acceptation de la maladie, le patient va être plus ou moins demandeur et motivé. L'ETP est donc confrontée au vécu de la pathologie chronique dans ce cas. Pour ASSAL et LACROIX (60), une maladie chronique est une maladie qui peut être traitée sans être guérissable. Elle signale à son porteur qu'il doit faire le deuil de sa santé antérieure, et devra se traiter de manière continue afin d'éviter une aggravation de son état.

Ce frein inhérent au patient aborde la psychologie et l'acceptation de la maladie (60). Parvenir à l'acceptation de son nouvel état, implique une série de réactions dont certaines sont comparables au travail de deuil observé par Kubler Ross (60).

- Le déroulement normal du travail de deuil évolue vers l'acceptation et facilite la prise en charge. Le patient passe par une étape de choc suite à l'annonce, puis à la révolte et à la tristesse.
- Le processus de mise à distance de l'état de santé antérieur nécessite une aide extérieure pour rejoindre le processus normal et avoir une meilleure adhésion du patient à l'ETP. Ce processus est constitué de trois phases : le déni, le refus et la résignation.

Les peurs du patient sont aussi des freins cités par les médecins. Ils craignent le travail en groupe, avec le regard des autres patients. ProxYDiab 38 pourrait fournir aux praticiens des conseils sur l'ETP de groupe pour rassurer les patients, leur permettre de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls et que d'autres ont les mêmes difficultés. Le groupe est alors pensé comme un soutien, un lieu où trouver des ressorts de motivation (61). Peu de personnes souhaitent des entretiens

individuels (28%) et encore plus rarement des séances collectives (11%). Pourtant, les patients qui ont bénéficié d'entretiens individuels ou collectifs jugent que ces approches ont répondu à leurs attentes (73%) et les ont aidés à mieux vivre avec le diabète (72%) (1). Ce résultat peut être expliqué aux patients pour les convaincre.

D'autres craignent avoir des difficultés de compréhension de part leurs origines sociales et culturelles. Sur ce plan, ProxYDiab 38 propose des ateliers en petits groupes et essaie de mettre en place des ateliers pour les patients maghrébins pour améliorer leur prise en charge.

Le manque de temps, la disponibilité des patients sont des freins à la participation à ProxYDiab 38, selon les médecins interrogés.

Pour conclure, ces freins à l'ETP de la part des patients ne dépendent-ils pas aussi de leur manque de sensibilisation à cette pratique ? Les médecins informent-ils suffisamment leurs patients ?

Après avoir détaillé les freins du patient, nous développerons ceux du médecin.

Le fonctionnement de la structure est le frein principal cité par les médecins. Dans ce cadre, la difficulté pour les patients actifs professionnellement est abordée. Le fait d'avoir des ateliers itératifs et de devoir libérer du temps une fois par semaine est parfois compliqué. Néanmoins, 28% des patients participant à ProxYDiab 38 sont actifs (25).

De plus, certains médecins trouvent l'implication des médecins généralistes inadaptée dans la possibilité d'adresser des patients à ProxYDiab 38. Certains considèrent que c'est au spécialiste de décider de l'opportunité de l'ETP lors de la prise en charge du patient. Néanmoins, il est judicieux de laisser l'accès direct par le biais des médecins généralistes car il est le coordinateur des soins primaires et plus

de 40% des patients ayant participé au programme sont adressés par leur médecin traitant (25).

Certains médecins déclarent avoir oublié la structure et expliquent manquer d'informations ou de relances. Une méconnaissance de cette nouvelle offre et de son rôle persiste et a un impact sur leurs arguments pour proposer cette offre et motiver les patients à l'expérimenter. Certains réclament plus de réunions de sensibilisation, plus de relances téléphoniques ou papier avec éventuellement un contact direct à leur cabinet. Ces propositions impliquent un investissement supplémentaire de la structure.

Enfin, la conviction des médecins peut être un frein. Deux médecins se remettent en question et s'interrogent sur leur manque de persuasion. Ils pensent avoir suffisamment d'informations sur la structure mais ne savent pas comment l'expliquer au patient pour le motiver à intégrer cette démarche. Ceci a d'autant plus d'impact que les patients repèrent aisément et rapidement, le niveau de conviction, d'engagement les amenant à interpréter par eux-mêmes que le soignant ne croit pas en la nécessité de le faire (62).

Ainsi, pour limiter ces obstacles, il faut selon l'IPCEM (63):

- Définir avec le patient les buts utiles pour lui et qui seront atteints avec l'ETP ;
- Donner des exemples concrets au patient pour comprendre ce qu'il pourra faire chez lui après ces séances ;
- Analyser avec le patient ses craintes et les conditions qui pourraient l'empêcher de venir.

2.3. Etude des patients adressés à ProxYDiab 38

Les médecins généralistes proposent ProxYDiab 38 à tout moment de la maladie. Ainsi, certains les adressent lors de sa découverte, d'autres au décours de la prise en charge ou au stade des complications. L'HAS dans sa définition de l'ETP (14) insiste sur le fait de la proposer à toute personne ayant une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Cette ETP initiale peut être proposée à un moment proche de l'annonce diagnostic ou à tout autre moment dans l'évolution de la maladie, si la proposition ne lui a pas été faite antérieurement ou si elle a été refusée. Ainsi, ce processus est continu tout au long de la maladie avec des périodes de suivi régulier (renforcement) ou de suivi approfondi (reprise). Parfois, une proposition systématique de ProxYDiab 38 est réalisée par les médecins ce qui peut aussi être intéressant.

Dans un second temps, nous allons comparer notre profil de patients à celui de l'étude de faisabilité réalisée en 2010 (25). La population ciblée par la structure en 2010, est constituée de femmes, âgées de 61 ans en moyenne, traitées par ADO seul dans 83% des cas. Le nombre de personnes inscrites augmentent à la tranche 60-70 ans (53% de personnes retraitées).

Dans notre étude, les médecins proposent ProxYDiab 38 à des patients de tout âge. Néanmoins, ils expliquent la difficulté pour les jeunes actifs de se libérer du temps (28% des patients inscrits). Ainsi, les patients intégrant la structure sont le plus souvent retraités ou sans activité professionnelle (chômage, invalidité). La question de modifier et d'adapter les horaires aux actifs se pose à nouveau.

De plus, ils précisent adresser des patients sous ADO ou avec une injection d'insuline. Ce profil est tout à fait représentatif de l'étude de faisabilité et concorde avec l'étude ENTRED 2007-2010 (1). En effet, 90% des personnes interrogées sont sous ADO avec une injection d'insuline.

Lors de l'étude de faisabilité, l'HbA1c moyenne des patients inclus était de 7.9% (25). Ces résultats correspondent au profil des patients suivis par les médecins généralistes de notre étude, adressant à ProxYDiab 38. En effet, quasiment tous les médecins adressent des patients entre 7.5% et 8% d'HbA1c. Dans l'étude ENTRED, la moyenne des HbA1c est plus faible à 7.1%.

Enfin, notre panel explique proposer ProxYDiab 38 à beaucoup de personnes originaires du Maghreb. Ainsi, ils désirent que la langue, la culture ne soient pas des freins à une approche éducative. L'HAS (14), reprend ce point de vue en précisant que les difficultés d'apprentissage (lecture, compréhension de la langue, handicap sensoriel, mental), le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation, le lieu de vie ne doivent pas priver à priori les patients d'une ETP.

Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de souplesse dans les réponses aux besoins et aux attentes, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés.

La difficulté de la prise en charge éducative est un argument pour proposer ProxYDiab 38. Les médecins généralistes adressent plus facilement des patients où une ETP pourrait être bénéfique. Ainsi, la mauvaise hygiène de vie des patients est un des facteurs importants avec le manque d'activité physique et des habitudes alimentaires inadaptées dans le diabète. La perception des médecins sur l'activité physique des patients est très différente de ce qui est exprimé par les patients. Ainsi, nos résultats sont discordants avec ceux de l'étude de faisabilité (25) où de nombreux patients sont actifs et ne recherchent pas d'information concernant l'activité physique à l'inverse des patients décrits par notre panel. En effet, dans cette étude, 2% des patients ne pratiquent aucune activité physique, 15% pratiquent une activité domestique ou de travail. 66% pratiquent plus de 2h15 d'activité physique par

semaine. Les normes de l'ALFEDIAM (64) ont été utilisées. L'activité physique, dans l'étude ENTRED (1) est citée en cinquième position (18% des patients) dans les besoins et attentes des patients. Ainsi, l'activité physique n'est pas un besoin exprimé par les patients. La non prise de conscience et le recrutement des patients expliquent les conclusions de notre étude. Les patients peu actifs n'arrivent pas à ProxYDiab 38.

L'approche nutritionnelle est essentielle pour les médecins qui adressent à ProxYDiab 38 : 66% déclarent avoir des difficultés avec les recommandations nutritionnelles. Ceci est confirmé par les attentes des patients (25) : 35% des patients désirent acquérir des connaissances en diététique dans le but de perdre du poids. L'étude ENTRED (1) révèle que l'alimentation est la première attente pour 45% des patients. La diététique est le maillon le plus cité par les médecins de notre étude et par les patients participant à ProxYDiab 38. Ainsi, la structure, analysant ces résultats, adapte ses ateliers et propose des séances de mise en situation pratique sur ce sujet.

Les patients en surpoids sont aussi les meilleurs candidats selon notre étude. Cet aspect est confirmé par l'étude de faisabilité (25) : l'IMC moyen est de 31kg/m². L'étude ENTRED (1) est concordante et retrouve ce facteur de risque chez les patients diabétiques de type 2 : 39% sont en surpoids et 41% sont obèses. L'obésité est plus fréquente et augmente depuis 2001. Les médecins espèrent une diminution pondérale avec une amélioration de l'hygiène de vie.

Enfin, les médecins généralistes et les diabétologues de notre étude incitent certains patients en difficulté d'acceptation de leur maladie à participer à ProxYDiab 38. Ils abordent la notion de déni, de manque de motivation voire d'impasse thérapeutique. Ces barrières sont décrites dans l'étude de faisabilité (25) concernant ProxYDiab 38. Les patients déclarent avoir des troubles du comportement

alimentaire, avoir peur des complications liées au diabète, de l'insuline, avoir des difficultés d'observance et un manque de motivation. Ces plaintes font partie de l'avancée dans l'acceptation de la maladie. Elles doivent être prises en charge au mieux, ce qu'espèrent les médecins et les patients de la part de ProxYDiab 38. Dans cette optique, l'équipe s'est enrichie d'une psychologue et d'une sophrologue car la maladie chronique peut être le révélateur ou la cause de souffrance, de maladies psychiques (14). La vulnérabilité psychologique et sociale, les comorbidités doivent être dépistées et être prises en charge de façon spécifique.

2.4. Changements perçus pour la pratique des médecins et pour les patients : discussion des indicateurs

Dans un premier temps, nous aborderons les modifications qu'ont pu entraîner le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour la pratique professionnelle. La plupart des médecins expliquent que leur pratique n'a pas changé et qu'ils sont satisfaits des relations entretenues avec la structure. Ils espèrent pouvoir continuer à adresser des patients à ProxYDiab 38. Les entretiens confirment l'enquête de satisfaction (25) réalisée en 2010 : cette offre répond indéniablement à une attente des soignants et peut être une réponse à leurs besoins.

Cette structure leur permet de se remettre en question dans le domaine de l'ETP et de mieux réfléchir à comment poursuivre la prise en charge éducative du patient.

Concernant les patients, les résultats sont modestes. En effet, la moitié des médecins (sept) ayant adressé des patients à ProxYDiab 38 ne retrouvent aucun

changement de leur mode de vie voire une prise de poids. De plus, ils ne notent pas de baisse de l'HbA1c.

L'autre moitié de notre panel retrouvent une modification du mode de vie avec changement des comportements tant sur le plan diététique et de l'activité physique. Ils mettent en évidence une perte de poids avec une diminution de l'HbA1c chez des patients motivés avec une évolution dans l'acceptation de leur maladie.

En comparant nos résultats aux données d'évolution des paramètres biologiques à neuf mois (25), nous remarquons une similitude. En effet, 60% des patients ont une baisse de leur HbA1c et dans 40%, une stagnation ou une augmentation. Un peu plus de la moitié des médecins rencontrés expliquent retrouver de meilleurs résultats. En ce qui concerne, le poids, les mêmes chiffres sont retrouvés : 60% ont perdu du poids et 40% en ont pris ou sont restés stables.

Ainsi, les indicateurs chiffrés clinique de poids et paraclinique de l'HbA1c sont plutôt en amélioration selon le ressenti des médecins interrogés.

L'évaluation des changements de comportement au regard des objectifs fixés avec le patient n'a pas été réalisée dans un premier temps car les indicateurs spécifiques, quantitatifs et qualitatifs étaient en cours de construction par l'équipe de ProxYDiab 38. Ainsi, la question d'utilisation d'indicateurs est posée.

La définition de critères et de méthodes adéquates, recommandables pour l'évaluation de l'éducation du patient se met en place progressivement. Ainsi, un groupe permanent de centres collaborateurs de l'OMS travaille sur l'évaluation des programmes d'éducation pour la santé du patient et d'ETP. Son objectif est la définition de critères pour l'évaluation de l'éducation du patient (65).

« Le but de l'évaluation n'est pas de prouver, mais d'améliorer » cite DECCACHE dans sa définition et rôles des évaluations en ETP (66). Selon d'IVERNOIS et

GAGNAYRE (67), l'évaluation du patient est multiforme. On cherche à évaluer les effets de l'éducation et ses impacts :

- Par la mesure des connaissances et leur mise en application, par la mesure des gestes et des techniques de soins et l'acquisition de comportements de sécurité : c'est l'évaluation pédagogique.
- Par la mesure des paramètres biologiques et cliniques, l'analyse de la fréquence des incidents, le repérage des complications : c'est l'évaluation bio-médicale.
- Par la mesure de comportements et de mode de vie, de la qualité de vie, du degré de fonctionnement social : c'est l'évaluation psycho-sociologique.

Une éducation peut être jugée efficace si, à moyen terme, le patient témoigne de résultats satisfaisants dans ces trois registres.

La quasi majorité des études envisage l'impact de leur programme sur (61) :

- des indicateurs biologiques et cliniques (poids et HbA1c) ;
- les comportements (compliance stricte, l'adhésion personnelle, la compliance vis-à-vis des médicaments, de l'alimentation et de la surveillance) ;
- l'aspect psychologique (anxiété, acceptation de la maladie et de son traitement, perception du traitement) ;
- l'impact sur la qualité de vie (subjectif ou objectivable avec des échelles évaluant le bien être psychologique et physique);
- les indicateurs de recours aux soins (consultation médecin ou hospitalisation) ;

- les indicateurs cognitifs (connaissance du traitement, représentation des patients du traitement) ;
- les indicateurs sociaux (perception support social des soignants, de l'entourage, impact de la maladie sur la vie du patient).

En ce qui concerne le diabète, plusieurs propositions d'indicateurs ont été faites. La première par la NDQIA (National Diabetes Quality Improvement Alliance), aux Etats-Unis qui abordent les critères suivants (68) :

- L'hémoglobine glyquée ;
- Les dyslipidémies ;
- Le dépistage d'une protéinurie ;
- L'examen ophtalmologique ;
- L'examen des pieds ;
- La vaccination contre la grippe ;
- Le contrôle tensionnel ;
- Le traitement antiagrégant ;
- Le tabagisme.

Ces indicateurs en ville permettent d'améliorer les pratiques médicales, de perfectionner le système de soins et d'améliorer la prise en charge des patients. De plus, ces indicateurs seraient la base de la rémunération à la performance (11), comme l'est déjà le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (69), proposé par l'Assurance Maladie aux médecins généralistes depuis 2010.

Les médecins généralistes de notre étude utilisent les indicateurs cliniques, biologiques et comportementaux. Les critères psychologiques, sociaux et l'impact sur la qualité de vie sont moins utilisés.

2.5. Attentes des médecins généralistes de ProxYDiab 38 pour leur pratique et leurs patients

2.5.1. Une structure, partenaire et formatrice pour une approche éducative ambulatoire efficace

Pour beaucoup, une structure ambulatoire telle que ProxYDiab 38 évoque une aide avec un soulagement de la pratique. En effet, les généralistes espèrent que cette structure puisse leur libérer du temps pour la prise en charge globale de leurs patients. Ils espèrent un partage de compétences en ETP avec un discours similaire auprès des patients.

Il est donc nécessaire de renforcer le travail en interdisciplinarité. L'organisation de l'ETP nécessite une coordination des soins peu facilitée par notre système de soins ambulatoire libéral. Pour rompre l'isolement du généraliste et favoriser la pluridisciplinarité, plusieurs solutions sont envisageables. Ces propositions émanent des médecins généralistes de la Somme (48).

- Encourager le travail dans des réseaux simplifiés par leur accès

Les moyens humains et matériels doivent être mis en avant pour inciter les généralistes à s'impliquer dans la réalisation de projets locaux répondant aux objectifs de santé publique (49). D'autre part, l'intégration des données éducatives dans le dossier médical personnel est une possibilité qui nécessite des travaux de recherche spécifique.

- Créer des maisons de santé

Cette initiative nous semble prometteuse. Le travail en équipe réalisé dans ces structures est de nature à favoriser la collaboration entre les professionnels de santé ainsi qu'une prise en charge globale du patient (17). L'état s'est d'ailleurs engagé à participer financièrement au développement de ces dernières.

- Mettre en lien l'hôpital, la ville et le médecin traitant

L'hospitalo-centrisme est issu du modèle biomédical de santé. Pour contourner ce mode de fonctionnement, les acteurs de l'ETP et les structures existantes ont besoin d'être mis en relation. Il est indispensable d'organiser un décloisonnement des compétences (17). Une équipe hospitalière compétente en ETP devra avoir la possibilité d'animer un programme d'ETP réalisé en ambulatoire et réciproquement.

Les médecins généralistes souhaitent une meilleure information des structures existantes en ambulatoire (1, 48). L'étude de la CPAM de Lille montre que 89% des médecins généralistes interrogés souhaitent l'intervention de structures relais permettant une meilleure prise en charge de leurs patients (70). La notion de partenariat est forte dans le discours de notre panel.

Néanmoins, les réseaux peuvent-ils être une réponse pour pallier les déficiences actuelles et futures ? Ils couvrent la quasi-totalité du territoire français (74 réseaux diabète en France dont la majorité adhère à l'ANCRED (association nationale de coordination des réseaux diabète) fondée en 1999 pour en coordonner l'action (71). Tous ont le même objectif : optimiser le parcours de soins du patient en mettant en place des programmes d'éducation et ainsi éviter des hospitalisations coûteuses. Le réseau idéal s'articule autour de la médecine ambulatoire, de l'hôpital et des services sociaux en coordonnant l'ETP (11).

Depuis la parution de la loi HPST en 2009, les réseaux s'adaptent à la régionalisation de la santé en créant des passerelles dans un territoire donné et des programmes transversaux (72). Les principaux thèmes à retenir dans notre étude sont le développement de la concertation pluridisciplinaire entre médecins traitants, diabétologues et paramédicaux autour de l'élaboration et du suivi des plans personnalisés de santé ; la promotion d'un cadre commun de l'ETP entre la ville et l'hôpital en mutualisant les compétences et les moyens et en préservant les spécificités de chacun.

Ainsi, en étudiant les attentes des médecins généralistes concernant ProxYDiab 38 pour leur pratique, nous pouvons noter qu'ils espèrent un partenariat avec une intégration de cette structure dans la prise en charge ambulatoire éducative de leurs patients. ProxYDiab 38 a les qualités d'un réseau concernant la pertinence des programmes transversaux. Néanmoins, la structure ne présente pas de contrainte à l'inscription ce qui est un point positif dans la pratique des médecins généralistes.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé auparavant, les médecins généralistes utilisent leur formation médicale initiale et continue pour réaliser une ETP. Le constat actuel démontre qu'ils n'ont que trop peu de connaissances dans ce domaine. En effet, la formation initiale n'intègre toujours pas de modules spécifiques à cette nouvelle thématique (8). La modification du cursus avec la L1 santé représente une réelle opportunité avec une sensibilisation à l'ETP qui sera poursuivie tout au long du cursus de médecine (8).

L'offre de formation médicale continue (FMC) s'est largement développée ces dernières années. Elle est composée de :

- Diplômes universitaires ;
- Masters de santé publique incluant des modules d'ETP ;
- Formations internes réalisées par des établissements de santé ;

- Formations financées par l'industrie pharmaceutique et réalisées par des organismes spécialisés en formation ;
- Formations réalisées au cours de la formation médicale continue.

A noter, une modification actuellement du système de formation avec l'apparition du Développement Professionnel Continu (DPC) qui unit la FMC à l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles). L'EPP (73) est l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (74). Elle inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'EPP est clinique et professionnelle. Son objectif est l'amélioration des soins et du service rendu au patient par le praticien.

Les praticiens interrogés (trente deux sur trente cinq) attendent de ProxYDiab 38, une occasion de formation concernant l'ETP et le diabète de type 2. En effet, ce thème est le plus demandé lors des FMC. Ils désirent acquérir une formation utile pour leur pratique au quotidien en maîtrisant l'entretien motivationnel ainsi que la réalisation d'un diagnostic éducatif par exemple. Les généralistes ne semblent pas prêts à suivre les formations théoriques proposées par le WHO Europe (13) qui paraissent plus adaptées aux structures hospitalières. Les médecins traitants veulent des solutions concrètes adaptées aux problèmes auxquels ils sont confrontés quotidiennement. Ils n'adhéreront pas à des formations trop abstraites et éloignées de leurs préoccupations (48).

La formation proposée par ProxYDiab 38 doit donc s'inspirer de ces données, être pratique, adaptée aux besoins des médecins. De plus, elle doit être proposée à des horaires adaptés à la pratique des généralistes et intégrer les formations indemnisées.

Pour ce faire, un renforcement de la formation de l'équipe de ProxYDiab 38 est mis en place. Une formation complémentaire, spécifique (8) permet l'acquisition de compétences de coordination, de formations de formateurs en ETP, inscrite dans le territoire car en lien avec le diplôme universitaire d'ETP des facultés de médecine et de pharmacie ceci en interaction méthodologique avec l'UTEP (unité transversale d'ETP) du CHU.

En lien avec la formation, nous pouvons évoquer la recherche clinique. Aucun des médecins interrogés ne la cite mais elle est essentielle. Elle doit être amplifiée en augmentant les programmes de recherche notamment pour étudier les conditions de réussite de l'ETP chez les patients avec des difficultés sociales d'accès aux soins et évaluer l'intérêt socio-économique à long terme de l'ETP. Pour ce faire, un conseil scientifique et éthique pourrait être mis en place au sein de ProxYDiab 38 pour analyse des modalités organisationnelles et feedback avec remise en question, adaptation de la structure et concrétisation de la recherche clinique. Une évaluation est donc nécessaire (66).

2.5.2. Des patients acteurs dans la prise en charge de leur maladie

Les praticiens dont aucun patient n'a participé à ProxYDiab 38 ont plusieurs attentes et espèrent pouvoir impliquer d'avantage les patients dans leur prise en charge.

Pour eux, les patients doivent acquérir des connaissances, des compétences et un savoir-faire concernant la diététique, l'activité physique et le suivi du diabète. Ces paramètres une fois acquis, l'adhésion, l'acceptation et l'observance de leurs patients diabétiques peuvent être améliorées. Ils soulignent l'importance de la prise en charge psychologique et le suivi par la structure.

Ces compétences du patient diabétique sont reprises dans le traité de diabétologie (75) et elles sont un des défis de l'ETP. Les compétences d'auto-observation, d'autovigilance permettent une aide à la conservation de l'estime de soi. Les compétences d'auto-soins permettent aux malades de surmonter leurs peurs comme l'injection d'insuline. Les compétences de raisonnement et de décision sont liées à l'expérience du patient. Les compétences sociales et d'adaptation (76) permettent de vivre dans une communauté et de former son entourage proche.

Notre panel insiste également sur l'intérêt des ateliers en groupe pour sortir les patients de leur isolement. L'éducation thérapeutique de groupe (76) permet au patient de se rendre compte qu'il n'est pas seul et que d'autres vivent les mêmes difficultés, rencontrent les mêmes obstacles dans la gestion de leur maladie et de son traitement. Elle permet également, un échange d'expériences entre les participants. Le groupe est au service de l'individu ; il sollicite chez le patient ses compétences sociales, de communication et de solidarité.

Ainsi, les médecins espèrent du patient, une meilleure gestion de sa maladie et son traitement. Les ateliers de groupe peuvent permettre d'augmenter sa confiance, de garder espoir et de tendre vers une certaine qualité de vie.

2.6. Suivi après ProxYDiab 38 : quel relais par les médecins généralistes dans le parcours de soins territorialisé ?

Le compte-rendu de fin de passage et le rappel téléphonique sont les deux éléments actuels du suivi réalisé par la structure. Ils permettent une coordination entre les différents intervenants avec une prise de relais par le médecin traitant en ambulatoire.

Cette notion de coordination est définie dans la structuration d'un programme par l'HAS (19). C'est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui fait appel à chaque étape de la démarche éducative, à :

- La mise en commun des informations dont disposent le patient et l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique ;
- La prise en compte des fonctions et de l'expertise de chaque professionnel ;
- La planification des activités et la gestion des ressources ;
- L'évaluation individuelle du patient et du déroulement de son programme ;
- La communication entre les acteurs.

Cette coordination, autour du patient et avec lui, doit être mise en œuvre pour une cohérence des interventions de soins et des activités d'ETP. Cette coordination structure/médecin doit être la meilleure possible en mentionnant la participation d'un patient à un programme d'ETP dans son dossier, en informant le médecin traitant et en fournissant au patient un compte-rendu de fin de passage (8).

En ce qui concerne le compte-rendu, l'objectif est qu'il soit utile pour le médecin et pour le patient. Il doit permettre au médecin de connaître les acquisitions et les difficultés du patient pour pouvoir adapter sa prise en charge et prendre le relais en ambulatoire. Certains médecins de notre étude avouent même se remettre en question dans leur pratique à la lecture du compte-rendu de fin de passage. Les attentes des praticiens ne connaissant pas ce document sont similaires aux items contenus dans le compte-rendu actuel réalisé par ProxYDiab 38. La forme actuelle du compte rendu répond aux attentes de l'HAS (19) et des médecins généralistes pour une meilleure pratique de l'ETP.

Il résume l'évaluation individuelle des compétences acquises par le patient avec une proposition de poursuite de l'ETP. Ainsi, l'évaluation des compétences acquises par le patient, ses besoins, son expérience de gestion de la maladie sont repris pour gérer le suivi. C'est le bilan individualisé, lien entre le médecin généraliste et la structure.

L'étude de faisabilité (25) a soulevé la question des modalités de diffusion du compte rendu à l'ensemble des personnels de santé. En effet, le compte-rendu est, actuellement, uniquement envoyé aux médecins adressant des patients. Une fiche avec les objectifs est remise au patient pour partage avec d'autres professionnels de santé de son choix.

Le suivi téléphonique est réalisé tous les six mois pendant un an. Le patient est donc contacté deux fois par téléphone sur un an. Dans notre étude, les médecins apprécient ce suivi et trouvent que la fréquence est adaptée. Cet appel renforce la prise en charge du patient, est un facteur motivationnel plus porteur qu'un courrier. Le téléphone est le prolongement d'une relation éducative entre un patient et un soignant qui se connaissent selon PY TRAYNARD (77).

Différentes expériences ont démontré l'efficacité du suivi téléphonique. Cependant, ces actions d'accompagnement se distinguent de l'ETP car elle vise la maîtrise médico-économique des dépenses de santé et font partie du disease management (78).

Le projet SOPHIA (79) de l'Assurance maladie est un service d'accompagnement et non d'ETP, développé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ce projet est né du travail mené en concertation avec l'INPES, l'HAS, les médecins et les patients. Il concerne les patients diabétiques de plus de 18 ans qui sont pris en charge à 100% au titre de l'ALD. C'est un service libre, volontaire et gratuit destiné à prévenir la maladie et ses risques de complication, à améliorer la qualité de vie des

patients d'une part et réduire les coûts d'autre part. Le médecin traitant, au cœur de ce dispositif, est lié à l'engagement de son patient et rémunéré pour sa participation sur la base d'un forfait annuel. Il s'agit de proposer un accompagnement adapté à chaque patient et d'intervenir en relais du médecin traitant. Le service comprend des outils d'information, un accompagnement téléphonique effectué par des paramédicaux de l'Assurance Maladie spécialement formés et des services internet. SOPHIA est actuellement lancé dans onze départements pilotes et huit ont été intégrés en 2010. Une évaluation par un organisme indépendant a été réalisée jusqu'en 2010 : 80% des adhérents sont satisfaits du service. Les adhérents réalisent plus fréquemment les examens recommandés dans le suivi du diabète : consultation ophtalmologique, électrocardiogramme, dosages sanguins... Certains indicateurs de leur état de santé évoluent positivement : le taux d'HbA1c a un peu plus baissé dans la population SOPHIA que dans la population ENTRED, ce qui est le résultat recherché et cette baisse est d'autant plus importante que le taux initial d'HbA1c est élevé. La différence s'étale entre 0.01% à 0.1% respectivement de 8% à 12% d'HbA1c entre les deux études. Cette différence est significative : la baisse est d'environ 0.5 point d'HbA1c.

Une expérience similaire a été mise en place au RESIC 38 (80), réseau de l'insuffisance cardiaque dans la région grenobloise. Le suivi téléphonique, peut être envisagé comme une possibilité éducative si l'on se réfère à la définition de l'éducation thérapeutique : « une compétence d'aller à la rencontre de l'autre, de l'individu, dans sa singularité, en prenant en compte ses compétences et ses difficultés, sans pour autant renier sa profession, ses intentions, etc. », explique Dr Salvat. L'enquête montre en effet que le suivi téléphonique est principalement identifié et perçu comme une forme de soutien. Il offre un temps d'écoute et d'échange à la disposition des patients. L'éducation thérapeutique du patient au sein du Resic 38 recouvre plusieurs composantes éducatives qui s'additionnent pour offrir

au patient une éducation se rapprochant au plus possible de ses besoins. Le suivi téléphonique en fait partie.

L'étude réalisée par DEBATY I. (81), est aussi un exemple d'accompagnement éducatif téléphonique. Ce suivi est bien perçu par les patients, permet de renforcer la relation éducative et d'évaluer les besoins éducatifs. De plus, face au problème démographique majeur du diabète de type 2 et par son coût limité, cette alternative est intéressante.

Le suivi actuel à ProxYDiab 38 par le biais du compte rendu et du rappel téléphonique permet une continuité de l'ETP et s'intègre au parcours de soins du patient.

Néanmoins, les médecins généralistes réclament d'autres modes de contact pour poursuivre le suivi et les interactions avec la structure.

Ils estiment que la sollicitation des patients est nécessaire, sous la forme de nouveaux ateliers permettant une remotivation, d'aborder une difficulté nouvelle. Le patient ou le médecin pourraient décider de réintégrer la structure de façon temporaire. De plus, des évaluations régulières des patients ont été proposées par les médecins de notre étude. Ces perspectives sont décrites par l'HAS sous la forme d'une ETP de suivi régulier ou approfondi (19). L'ETP de suivi régulier permet de maintenir les compétences acquises, d'en développer de nouvelles et d'encourager le patient. Elle peut être réalisée sous formes de séances individuelles ou collectives. La seconde permet de confirmer l'engagement du patient dans la poursuite de l'ETP.

Les praticiens interrogés proposent également d'être resollicités par la structure par des courriers, des appels téléphoniques, des mails pour qu'ils puissent être informés des nouveautés. Le défi de garder contact est relevé par la parution régulière d'une lettre, la ProxYDiabNews. Elle tient informé les médecins des évolutions au sein de la structure mais aussi des actualités en diabétologie.

Ils veulent également partager et discuter en cas de difficultés dans la prise en charge d'un patient, connu par ProxYDiab 38. Ces équivalents de groupe balint (82) sont très utiles pour leur pratique. Des réunions spécifiques pourraient être mises en place.

Ainsi, la prestation éducative de ProxYDiab 38 serait intégrée dans le parcours de soins du patient avec une relation triangulaire entre les médecins, la structure et le patient. L'approche territoriale et ambulatoire est essentielle. En effet, les patients porteurs d'une maladie chronique sont suivis par leur médecin traitant et désirent une accessibilité et une proximité des soins. ProxYDiab 38, structure ambulatoire d'ETP, est soutenue par l'ARS pour une sensibilisation des différents acteurs du territoire. La structure s'élargit petit à petit en intégrant des podologues, des sophrologues et psychologues de la région. Cet élargissement de l'offre à un plus grand territoire se concrétise par un rapprochement des populations en précarité et par une collaboration avec les centres de santé de Grenoble ; une antenne à distance a été pensée dans le pays Voironnais par exemple.

La démarche d'ETP a un impact sur l'organisation des soins en ville et à l'hôpital (83). De même, ces changements structurent l'ETP au sein d'une organisation territoriale où les professionnels de santé présents en ville sont en relation avec des réseaux, l'hôpital, des structures paramédicales d'ETP. Cette coordination permet de partager les informations assurant la cohérence de l'ETP et sa continuité. Une élaboration commune et un lien (compte-rendu, fiche de suivi) consolident cette coopération.

L'ARS se positionne au cœur du dispositif de l'ETP et structure l'offre dans le territoire de santé (8) par un pilotage unifié et responsabilisé. Elle facilite donc le suivi d'un patient qui a participé à un programme éducatif.

Les projets d'extension territoriale de ProxYDiab 38 et d'intégration dans le parcours de soins posent la question du rôle dans une structure d'ETP ambulatoire, des médecins généralistes, maillon des soins de premier recours en ambulatoire.

2.7. Quel rôle les médecins désirent avoir dans une structure d'ETP ambulatoire ?

Nous avons dans un premier temps demandé aux médecins du panel quel rôle aimeraient-ils avoir dans la structure.

60% des médecins déclarent vouloir participer à l'ETP au sein de la structure, ceci sous différentes formes. Ils veulent soit être observateurs ou acteurs des ateliers. Tous expriment la nécessité d'avoir une formation correcte en ETP. D'autres proposent d'être un simple relais après le passage à ProxYDiab 38 en travaillant en coordination.

40% expliquent que le manque de temps et l'insuffisance de rémunération impactent sur leur motivation. Un des médecins explique ne pas trouver d'intérêt à l'ETP et à son rôle possible dans la structure. L'enquête de l'HAS (84) conclut que le manque de motivation ne se limite pas à une problématique de rémunération. Elle s'explique par un mauvais recrutement des patients, une méconnaissance de l'ETP, la crainte d'une intrusion dans la relation médecin-malade ou le manque de temps.

Ces résultats posent la question du rôle des médecins généralistes dans la démarche d'ETP.

Cette démarche découle des recommandations de l'HAS (14, 19, 85). Ces pratiques comportent l'identification des besoins, le diagnostic éducatif, une aide pour changer des comportements avec un accompagnement et un suivi du patient.

Ces missions font partie de la pratique de médecine générale et il est important de les intégrer dans la loi (49).

L'enjeu pour le médecin généraliste est de s'approprier cette démarche et son rôle d'éducateur.

Pour ce faire, le praticien doit se former et acquérir des compétences. Ces dernières sont développées dans l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP (4) :

- Compétences relationnelles ;
- Compétences pédagogiques et d'animation ;
- Compétences méthodologiques et organisationnelles ;
- Compétences biomédicales et de soins.

L'HAS (84), suite à son étude sur l'ETP et les maladies chroniques, retrouve une implication variable des libéraux, mais cependant fréquente (80% des cas). Au sein des recommandations, plusieurs rôles sont proposés aux médecins généralistes:

- Soit ils n'ont pas la possibilité ou la volonté de s'investir dans la réalisation de programmes structurés d'éducation thérapeutique. Dans ce cas, ils restent les initiateurs de la démarche et les coordinateurs de la prise en charge avec un rôle essentiel dans le suivi du patient et son observance ;
- Soit ils souhaitent avoir un rôle actif dans la réalisation de l'ETP. Dans ce cas, l'engagement dans une démarche de qualité en suivant une formation et une évaluation des pratiques professionnelles est nécessaire.

Ce rôle est repris plus précisément par le Haut Conseil de la Santé publique (9) qui insiste sur l'importance du médecin traitant en tant que premier acteur et coordonnateur.

Son implication dans des structures d'ETP est variable. Cinq typologies différentes de pratique sont énumérées :

- Le médecin généraliste prescrit l'ETP et la délègue à d'autres professionnels ;
- Il initie ou réalise le bilan éducatif partagé puis oriente le patient vers des activités éducatives ;
- Il aménage des consultations dédiées à l'ETP ;
- Le médecin généraliste anime des séances collectives d'ETP ;
- Il n'opère pas de distinction entre ses activités de soins et d'éducation.

Nous voyons donc que le médecin traitant a un rôle pivot dans le parcours de soins, aux étapes de sensibilisation, du diagnostic éducatif, intégré à l'offre éducative initiale mais aussi dans le renforcement éducatif et dans le suivi (20). Le médecin traitant peut donc se positionner tout au long du suivi d'un patient porteur d'une maladie chronique, dans une démarche éducative.

En résumé, les fonctions du médecin généraliste sont d'initier la démarche d'ETP, de réaliser le diagnostic éducatif, d'orienter les patients vers les structures locales et d'assurer le suivi des effets de l'ETP en s'intégrant dans le parcours de soin et dans le territoire. De plus, il peut intégrer une structure éducative et être acteur de groupe. Par son implication, un désengorgement des hôpitaux sera possible ; la durée et le nombre d'hospitalisations pourront être diminués.

2.8. Elargissement de l'offre éducative de ProxYDiab 38

Actuellement, les structures d'ETP prennent en charge le diabète de type 1 et 2, les pathologies respiratoires telles que l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la mucoviscidose, les pathologies cardiaques et les anticoagulants oraux, la rhumatologie comprenant les lombalgies chroniques, l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, etc...

En interrogeant notre panel, d'autres pathologies pouvant bénéficier d'une ETP ambulatoire sont citées.

Par ordre de fréquence, les pathologies respiratoires et l'obésité avec les troubles du comportement alimentaire sont citées. Une structure ambulatoire en ETP concernant la diététique et les pathologies cardiovasculaires est proposée par les médecins : elle permettrait la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires liés à une mauvaise hygiène de vie. La cardiologie avec le post infarctus, l'insuffisance cardiaque et les anticoagulants vient en quatrième position. La rhumatologie peut être une spécialité adaptée pour une approche éducative ambulatoire en abordant la douleur des lombalgies chroniques, des patients porteurs d'une polyarthrite rhumatoïde. La neuropsychiatrie ainsi que la gériatrie posent des difficultés aux médecins généralistes qui souhaiteraient une aide par le biais de structures ambulatoires.

La néphrologie, spécialité parfois oubliée est citée par seulement trois médecins. Une réflexion sur cette thématique pourrait être envisagée dans le cadre de l'élargissement des offres d'une structure éducative comme ProxYDiab 38.

De plus, le syndrome d'apnée du sommeil, pathologie fréquemment associée au diabète n'est pas citée. 60 à 80% des personnes diabétiques de type 2 sont pourtant concernés par cette pathologie (11).

Une réflexion concernant la possibilité de disposer d'un lieu dédié aux actions d'ETP des maladies chroniques en élargissant à d'autres pathologies chroniques est en train de mûrir pour élargir le champ de compétences de ProxYDiab 38. Une plateforme intégrant une mutualisation des moyens et des compétences en partenariat avec les associations de patients peut tout à fait être imaginée.

En lien avec le diabète, l'insuffisance rénale, les complications cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil pourraient être développés au sein de la structure, de même que la chirurgie bariatrique pour les patients obèses. De plus, le diabète gestationnel en constante augmentation (11) devrait bénéficier d'une ETP particulière avec un dépistage et un suivi post-partum.

ProxYDiab 38 en élargissant ces thématiques pourrait atteindre une polyvalence éducative dans le parcours de soins au côté du médecin traitant coordinateur, clef de voûte des soins de premier recours. La simplicité d'emploi devra rester un des critères majeurs.

III. IDEES FORTES A RETENIR DE CE TRAVAIL ET PERSPECTIVES

1. Concernant l'ETP et les médecins généralistes (10, 48)

- Définir le rôle du médecin généraliste :
 - Initier la démarche éducative en réalisant le diagnostic éducatif
 - S'aider des structures locales spécialisées en ETP, telle que ProxYDiab 38
 - Assurer le suivi du patient à l'aide d'outils pédagogiques adaptés à la pratique libérale

- Soutenir le médecin généraliste dans l'ETP au cabinet :
 - Outils pour proposer l'offre d'ETP et favoriser l'adhésion des patients à l'ETP
 - Structurer des temps de consultation pour l'ETP
 - Proposer une rémunération adaptée aux consultations dédiées à l'ETP
 - Proposer des FMC adaptées à la pratique de l'ETP en médecine générale
 - Favoriser les relations avec les structures d'ETP

2. Concernant l'évolution de ProxYDiab 38

- Polyvalence éducative :
 - Elargissement à la thématique du diabète : obésité, diabète gestationnel centré sur l'activité physique et la diététique
 - Plateforme d'ETP plurithématique de pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale et mutualisée
 - Formation régulière de l'équipe éducative de la structure afin de développer des compétences utiles à une polyvalence

- Participation à la continuité des soins :
 - Prise en charge complémentaire avec les médecins généralistes
 - Amélioration du partenariat, limiter le cloisonnement
 - Intégrer les médecins généralistes à la structure
 - Fournir des outils, des indicateurs pour la poursuite du suivi en ville
 - Participer à la formation en ETP des médecins généralistes
 - Instauration d'une recherche clinique au sein de ProxYDiab 38

- Inscription dans un territoire de soins :
 - Poursuite de la démarche réseau mais avec la simplicité d'accès et d'utilisation
 - Construire des liens avec les différents acteurs du territoire (centres de santé,...)
 - Antenne mobile pour élargir son territoire d'action

CONCLUSION

En France, une montée en puissance de l'ETP est amorcée. La structuration du cadre législatif est un signe fort de la reconnaissance des bénéfices de cette approche.

Notre étude s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes dans leur pratique en ETP. Ils confient avoir des difficultés pour convaincre les patients, ne pas être assez formés et surtout ils expliquent que cette démarche est chronophage.

Plusieurs propositions ressortent à l'issue de notre travail. Les médecins sont prêts à s'engager dans des actions éducatives mais avec une adaptation de leur consultation éducative, une rémunération adaptée et surtout une formation médicale continue pertinente. Ils souhaitent se positionner à différents temps de la démarche éducative. Ils participent donc, à la sensibilisation, au diagnostic éducatif, à l'intégration dans une structure, au suivi du patient. Les médecins généralistes désirent intégrer des structures éducatives, comme ProxYDiab 38 pour parfaire leur formation et être acteurs de la structure. L'objectif est de développer un partenariat dans le parcours du patient et de coordonner l'ETP sur le territoire.

Le projet de ProxYDiab 38, conçu comme une offre éducative ambulatoire, est né dans ce contexte en 2009. Il propose une prestation d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 dans l'agglomération grenobloise, en coordination avec les médecins traitants. ProxYDiab 38 est dans une démarche réseau mais avec une simplicité d'emploi unique en ambulatoire.

Cette structure, issue du secteur hospitalier, a été mise en place rapidement sans consultation initiale des médecins généralistes. Elle s'est fait connaître suite à des réunions de sensibilisation et a tout de suite été appréciée par les médecins généralistes pour sa pluri-professionnalité, sa proximité et son accès gratuit. Actuellement, ProxYDiab 38 s'intègre au parcours de soins, modifie certains comportements chez les patients et réalise un suivi pendant un an par le biais

d'appels téléphoniques. La continuité de l'ETP repose également sur une démarche du médecin généraliste qui s'appuie sur un compte-rendu de fin de passage. Ce partenariat correspond à une nouvelle vision de coordination sur un territoire.

Ainsi, cette structure a su s'implanter sur un territoire donné et répond à différentes attentes de professionnels ou de patients. De nombreuses perspectives s'ouvrent pour la structure et sa toile.

ProxYDiab 38 pourrait devenir une plateforme plurithématique et mutualisée en élargissant les pathologies pouvant bénéficier d'une ETP.

De plus, la structure, en proposant des FMC aux médecins généralistes et en les intégrant aux programmes éducatifs, améliorerait la continuité de l'ETP au sein du parcours de soins du patient.

Enfin, pourquoi ne pas créer une antenne détachable d'ETP sur d'autres territoires très demandeurs en la matière ?

La médecine générale et ProxYDiab 38 sont deux alliés efficaces et motivés dans l'ETP. Le défi est d'arriver à convaincre les pouvoirs publics de leur utilité pour espérer une pérennité de cette expérience unique et enrichissante...

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 14.11.2011

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR P.Y. BENHAMOU

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête ENTRED (échantillon national représentatif des personnes diabétiques traitées) 2007-2010, résultats épidémiologiques principaux d'ENTRED métropole. Institut de veille sanitaire. Juin 2010. www.invs.santé.fr.
2. Code de santé publique. Loi n°879-2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 21 juillet 2009. www.legifrance.gouv.fr.
3. Code de santé publique. Article L1161-1 à article L1161-6 créés par la loi n°879-2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 84. 21 juillet 2009. www.legifrance.gouv.fr.
4. Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser de l'éducation thérapeutique du patient.
5. Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
6. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
7. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
8. JACQUAT D. Education thérapeutique du patient : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre. Juillet 2010. www.sante.gouv.fr.
9. SANDRIN BERTHON B. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Rapport de la commission maladies chroniques. Paris : Haut Conseil de la santé publique, 2009.
10. THELUSME L. Enquête qualitative sur les concepts, les pratiques et la formation en éducation thérapeutique de douze médecins généralistes de la Somme. Synthèse de leurs propositions. Thèse d'exercice de médecine, 2010.
11. COULOMB A, HALIMI S, CHASKILEVITCH I. Sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXIe siècle. Le livre blanc du diabète. Février 2011.
12. DECCACHE A, LAVENDHOMME E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Coll. Savoirs et Santé. 1989.
13. OMS. Organisation mondiale de la santé. Education thérapeutique du patient. programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague, 1998.
14. HAS. Haute Autorité de Santé, recommandations. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Juin 2007. www.has.fr.
15. FOUCAUD J, BURY JA, BALCOU-DEBUSSCHE M, EYMARD C. L'éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation. Dossiers santé INPES. Juin 2010.
16. ARS. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Ouverture de l'agence régionale de santé Rhône-Alpes. Dossier de presse. Avril 2010.

17. SAOUT C, CHARBONNEL B, BERTRAND D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport complémentaire à l'attention de Madame la ministre de la santé et des sports. Juin 2010.
18. Cahier des charges national pour la mise en œuvre de programme d'éducation thérapeutique du patient, document de travail, octobre 2009.
19. HAS. Haute Autorité de Santé, guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. www.has.fr.
20. GRENIER B, BOURDILLON F, GAGNAYRE R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. Société Française de Santé Publique. 2007.
21. BAUDIER F, PRIGENT A, LÉBOUBE G. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises. Société Française de Santé Publique. 2007.
22. RUEFF A, CARPENTIER B. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques maghrébins à Grenoble. Santé éducation, Paris 2006.
23. Code de santé publique. Article L6321-1 du Journal Officiel de la République Française, concernant les réseaux de soins. 6 septembre 2003.
24. FARRE C. ProxYDiab 38 : évolution, résultats et perspectives. Janvier 2011.
25. COLLOMB S, CASANOVA P. ProxYDiab 38 : une expérience éducative de proximité dans le diabète de type 2. Etude de faisabilité. Thèse d'exercice de pharmacie. Novembre 2010.
26. WONCA (World family doctors. Caring for people) Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille.2002.
27. Code de la Sécurité Sociale. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel de la République Française. Février 2005. www.ameli.fr.
28. Code de la Santé Publique. Article L4130-1 créé par la loi n°879-2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 36. 21 juillet 2009. www.legifrance.gouv.fr.
29. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Direction Générale de la santé. Avril 2007. www.sante.gouv.fr.
30. FOURNIER C, BUTTET P, LE-LAY E, GAUTIER A. Rôle et pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique des médecins généralistes dans le baromètre santé 2009. INPES. 2009.
31. FOUCAUD J, MOQUET M-J, ROSTAN F, HAMEL E, FAYARD A. Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. Evolutions. Avril 2008. www.inpes.sante.fr.
32. AOUISSI J, DALENS S. Face à une nouvelle offre éducative de proximité, comment tisser des liens avec les professionnels de santé du territoire ? Retour d'expérience d'interactions entre ProxYDiab 38 et les pharmaciens d'officine. Thèse d'exercice de pharmacie. Décembre 2010.

33. MUKAMURERA J, LACOURSE F, COUTURIER Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives. 2006.
34. SAVOIE-ZAJC L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches qualitatives. 2007.
35. PAILLE P. Lumières et flammes autour de ma petite histoire autour de la recherche qualitative. Recherches qualitatives. 2006.
36. COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ? Pédagogie Médicale. Mai 2002.
37. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Editions Armand COLIN. Novembre 2010.
38. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. Mémoire de médecine générale : Lyon. 2004.
39. BORGES DA SILVA G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'Assurance Maladie. Avril-juin 2011.
40. MILES, HUBERMAN. Analyse des données qualitatives. Traduction de la 2^{ème} édition. Paris, Bruxelles. 2003.
41. MAYS N, POPE C. Assessing quality in qualitative research. Qualitative research in health care BMJ. Janvier 2000 ; 320.
42. CHEW-GRAHAM C, MAY C, PERRY M. Qualitative research and the problem of judgement : lessons from interviewing fellow professionals. Family practice. 2002 ; 19 (3) : 285-289.
43. HOMEL C. L'éducation à la santé en médecin générale. Enquête auprès des médecins généralistes des Vosges. Thèse : Médecine : Université Henri-Poincaré Nancy 1 ; 23 janvier 2002.
44. DEDOURGE C, GRENIER B. Education thérapeutique du patient en médecine générale. Une enquête auprès des médecins généralistes de Picardie. URCAM de Picardie-CRESGE, 2003.
45. HUERRE M.C, LOUVEZ B. Education du patient : définitions, enjeux, limites et propositions des médecins généralistes. Etude réalisée sur l'arrondissement de Douai. Thèse : Médecine : Université du Droit et de la Santé. Lille 2 ; 26 juin 2003.
46. BROS B. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi Pyrénées. URML Midi Pyrénées. Juin 2010.
47. VINCENT I, KARRER M. Education pour la santé en médecine et à l'officine : sortir des vœux pieux ! La Santé de l'Homme. Mars-avril 2005 ; 376.
48. TURBAN F. Education thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme. Thèse : Médecine : Université de Picardie Jules Verne ; 1^{er} décembre 2008.
49. BOURDILLON F, MOSNIER A, GODARD J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Note de la Société Française de Santé Publique (SFSP), juin 2008. En ligne sur le site www.sfsp.fr.

50. DRUAIS P.L. Education pour la santé : quel enseignement en médecine générale ? La santé de l'Homme. Mars-avril 2005 ; 376 :29-30.
51. FOURNIER C, BUTTET P, LE LAY E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale dans le baromètre santé 2009. INPES. 2009.
52. BOURDILLON F, COLLIN J.F. Dix recommandations pour le développement du patient en France. Note de la Société Française de Santé Publique. Juin 2008. En ligne sur www.sfsp.fr.
53. VARROUD-VIAL M, KLEINEBREIL L, ATTALI C. Attitudes des médecins vis-à-vis du diabète de type 2 : les difficultés de la prise en charge. Diabetes Metab, 2003 ; 29.
54. SANDRIN BERTHON B. Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? l'éducation du patient au secours de la médecine. Mai 2005. 7-38.
55. VARROUD-VIAL M. Organisation des soins et prise en charge du diabète de type 2. Traité de diabétologie. 2^{ème} édition. 2009 ; 52 ; 969-989.
56. DECCACHE A. Education pour la santé : reconnaître les nouveaux rôles des médecins et pharmaciens. La Santé de l'Homme. Mars-avril 2005, 376.
57. LACROIX A. Education thérapeutique ou alliance thérapeutique ? Actualités et dossiers en Santé Publique. Mars 2009 ; 66 :16-18.
58. GAGNAYRE R, TRAYNARD PY. Utiliser les ressources éducatives du système de soin. Impact Medecine.1998.
59. Prévention bucco dentaire. M'T dents. www.ameli.fr.
60. ASSAL JP, LACROIX A. Traitement des maladies de longue durée. Dimensions psychologiques et pédagogiques. Médecine et Hygiène. 1994 ; 52 ; 1320-1326.
61. ASSAL JP, LACROIX A. L'éducation thérapeutique des patients. 2^{ème} édition complétée. Paris : Maloine ; 2003.240p.
62. REACH G. Education thérapeutique. Comment l'éducation du patient est-elle possible ? Traité de diabétologie. 2^{ème} édition. 2009 ; 13 ; 485-489.
63. IPCEM. Questions à propos de l'éducation thérapeutique. Novembre 2010. www.ipcem.org.
64. GAUTIER J.F, BERNE C, GRIMM JJ, LOBEL B, COLICHE V, MOLLET E. Recommandations de l'ALFEDIAM. Activité physique et diabète.1998.
65. BERREWAERTS J, LIBION F, DECCACHE A. Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ? Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain.
66. DECCACHE A. Pour mieux choisir son évaluation ; Définitions et rôles des évaluations en éducation pour la santé.
67. GAGNAYRE R, IVERNOIS JF. Apprendre à éduquer le patient. Vigot Editions. 1995 ; 189p.
68. Evaluation comparative des indicateurs compaqh : état des initiatives internationales. INSERM. Juin 2007.
69. CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). Programme d'évolution des pratiques. www.ameli.fr.

70. DELATTRE C, HANICOTTE B. La maison du diabète : aide et/ou alternative aux réseaux de soins ? 2003.
71. VARROUD-VIAL M. Analyse de l'ANCRED. Réseaux diabète 2003 ; mars : 10-20.
72. OLOCCO-PORTERAT M, VARROUD-VIAL M. L'éducation thérapeutique sort du flou. Réseaux diabète. Septembre 2008.
73. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
74. HAS. La politique d'évaluation des pratiques de la HAS. Septembre 2006. www.has.fr.
75. GAGNAYRE R, TRAYNARD PY. L'éducation thérapeutique : de la théorie à la pratique. Traité de diabétologie. 2^{ème} édition. 2009 ; 13 ; 493-508.
76. World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe : WHO ; 2004.
77. TRAYNARD PY, OUSSI I, IVERNOIS JF, GAGNAYRE R. Conseiller des patients diabétiques par téléphone : approche descriptive et pédagogique. Diabetes Metab, 2002, 28, 63-71.
78. BRAS PL, DUHAMEL G, GRASS E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Septembre 2006 ; 210.
79. CNAMTS. Sophia, le service d'accompagnement de l'assurance maladie pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Conférence de presse de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2008. www.ameli.fr.
80. RESIC 38. Réseau des insuffisants cardiaques 38. www.resic38.forg.
81. DEBATY I, UHIENBUSCH S, ROBIN E, BAUDRANT M, BENHAMOU PY, HALIMI S. Telephone follow-up after group education in ambulatory patients with type 2 diabetes. Médecine des maladies métaboliques. Mars 2010. Vol 4, n°2.
82. VELLUET L. Le groupe Balint : une formation pour les médecins de famille. Revue du praticien médecine générale, 2007 ; tome 21 ; 788 :1101-1102.
83. BRESSON R, BATAILLON R. L'éducation thérapeutique : quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital ? Actualités et dossiers en Santé Publique. Mars 2009 ; 66.
84. HAS. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Synthèse du rapport d'orientation sur l'analyse économique et organisationnelle. Février 2008. www.has.fr.
85. HAS. Haute Autorité de Santé, recommandations. Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007. www.has.fr.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Flyer de ProxYDiab 38

Avec le soutien de :

Remarques :

Signature et cachet du médecin

Nous contacter **une fois ce coupon rempli** et se présenter avec lors de la première visite.

Où nous trouver ?

Au plus près de votre diabète...

Le traitement

L'alimentation

L'activité physique

Avec une équipe de professionnels

A VOTRE ECOUTE

Coordination médicale : Pr Serge Halimi et Céline Farre

ProxYdiab38
Education thérapeutique
Formation
Coordination

Centre Médical Mounier-1er étage
19 Av Marcellin Berthelot-38100 Grenoble
Tél : 04 76 56 88 12- proxydiab38@gmail.com

Diabète de type 2

ProxYdiab38
Education thérapeutique
Formation
Coordination

Pour les personnes DIABÉTIQUES DE TYPE 2 :

- avec ou sans traitement médicamenteux
- avec ou sans insuline (maximum 1 injection par jour)

Ce programme est gratuit, financé par des fonds publics et privés.

Un programme personnalisé en fonction de vos besoins

Nous vous proposons :

- Des temps individuels pour faire connaissance et échanger autour de vos attentes.
- Des ateliers de groupe sur différents thèmes pour répondre à vos questions et partager votre expérience avec d'autres personnes.

Pour vous aider à mieux vivre votre diabète

En répondant à vos questions, sur la maladie, le traitement, l'alimentation, l'activité physique et en trouvant **des solutions adaptées** à votre situation.

Comment gérer mon alimentation avec le diabète ?

Comment avoir une activité physique adaptée ?

Mieux comprendre mon diabète et mon traitement ?

Aborder l'équilibre alimentaire

Découvrir ou redécouvrir le diabète

Le principe de l'activité physique

Une équipe de professionnels à votre écoute

- Diététicienne
- Educatrice en activité physique
- Infirmière
- Diabétologue
- Secrétaire
- Et des partenaires en podologie, psychologie, sophrologie...

ProxYdiab38
Centre médical-1er étage
19 Av Marcellin Berthelot-38100 GRENOBLE
Tél : 04 76 56 88 12- proxydiab38@gmail.com

Si vous êtes intéressé par ce programme, PARLEZ EN AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT OU VOTRE DIABÉTOLOGUE et remplissez avec lui le coupon ci-dessous :

Date : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Numéro de téléphone : _____
Mail : _____
Antécédents médicaux : _____
Motifs de la prise en charge éducative : _____
Dernières valeurs biologiques :
HbA1C inférieur à 3 mois : _____
Bilan lipidique : _____
Traitement spécifique du diabète* : _____

* Merci de demander au patient de venir avec son ordonnance.

ANNEXE 2 : Région grenobloise et territoire ciblé par ProxYDiab 38



ANNEXE 3 : Guide des entretiens

Entretiens avec **3 populations de médecins généralistes**

MG ayant adressé des patients à ProxYDiab 38 / N = 10 entretiens / entretien 1

MG ayant eu la connaissance de l'existence de cette structure par différentes voies (participation aux réunions d'information, par des patients, voie de presse, courriers ...) mais qui n'ont pas adressé de patients ou qui ont adressé des patients qui ne sont pas venus / N = 10 entretiens / entretien 2

MG n'ayant pas entendu parler de ProxYDiab 38 : choix de médecins exerçant dans des environnements différents (quartiers différents ; zones urbaines et rurales) / N = 10 entretiens / entretien 3

+ 5 entretiens de **médecins diabétologues entretien 4** car ont toutes adressé des patients à ProxYDiab 38.

Médecins exerçant dans la région grenobloise.

Objectif du travail et des entretiens :

Objectif principal :

Identifier les facteurs susceptibles de **favoriser ou de freiner l'implication des médecins traitants** dans une démarche d'éducation thérapeutique intégrée au parcours de soins de leurs patients diabétiques de type 2

Objectif secondaire :

Quelle perception d'une offre telle que ProxYDiab 38 ?

Pour chaque entretien,

Fiche descriptive de leur profil :

Age, sexe du médecin

Ancienneté d'installation (sur Grenoble ?)

Année de thèse

Mode d'exercice (seul, à plusieurs...), Lieu d'exercice

FMC : fréquence par an + occasions de formations en ETP (nombre)

Pourcentage de patients diabétiques de type 2 suivis au sein de leur cabinet.

Guide d'entretien n°1 (MG qui ont adressé des patients)

Présentation de l'objectif du travail, de la durée de l'entretien

1/Concernant la démarche d'ETP des patients diabétiques de type 2:

En quoi la loi HPST a-t-elle modifiée votre pratique d'ETP ?

Quelles sont les ressources que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

Quelles sont les difficultés que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

2/ Concernant l'offre de ProxYDiab 38 :

Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

- Age, sexe
- Actif/retraité
- Niveau socioéconomique
- Taux d'Hba1c
- A un ou des moments précis, spécifique de la prise en charge
- A un moment précis dans l'histoire du diabète
- face à un échec thérapeutique
- face à une problématique de motivation
- face à une problématique d'observance
- face à une problématique diététique, d'activité physique, sociale
- demande du patient...

Pouvez-vous me dire ce qui vous a incité à choisir cette structure plutôt et/ou associée à une autre alternative comme un recours à un spécialiste, à une diététicienne, nutritionniste ... ?

Avez-vous constaté des changements chez vos patients ?

Quelles sont les répercussions sur votre pratique après le passage de patients à ProxYDiab 38 ?

Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer lors d'interactions avec la structure ?

Comment pensez-vous continuer à interagir avec la structure dans la durée ? Comment garder des liens pour vous aider dans la PEC de votre patient ?

Avis sur compte rendu, suivi téléphonique, autres idées ?...

Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

3/ Perspectives :

Quelles sont les pathologies rencontrées au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ? (lister par ordre d'importance).

Seriez-vous intéressé si ce type de structure développait une activité de formation type FMC (sur des thématiques et en ETP) ?

Guide d'entretien n°2: (MG qui ont été informé de ProxYDiab 38 sans adresser ou qui ont adressé des patients qui ne sont pas venus)

Présentation de l'objectif du travail, de la durée de l'entretien et de ProxYDiab 38.

1/Concernant la démarche d'ETP :

En quoi la loi HPST a-t-elle modifiée votre pratique d'ETP ?

Quelles sont les ressources que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

Quelles sont les difficultés que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

2/ Concernant l'offre de ProxYDiab 38 :

Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38, avez-vous déjà proposé cette offre à vos patients ?

OUI : patient qui n'est pas venu. A votre avis, pourquoi ces patients ne sont pas arrivés jusqu'à ProxYDiab 38 ?

A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

- Age, sexe
- Actif/retraité
- Niveau socioéconomique
- Taux d'Hba1c
- A un ou des moments précis, spécifique de la prise en charge
- A un moment précis dans l'histoire du diabète
- face à un échec thérapeutique
- face à une problématique de motivation
- face à une problématique d'observance
- face à une problématique diététique, d'activité physique, sociale
- demande du patient...

Pouvez-vous me dire ce qui vous a incité à choisir cette structure plutôt et/ou associée à une autre alternative comme un recours à un spécialiste, à une diététicienne, nutritionniste ... ?

NON: Pour quelles raisons n'avez-vous pas adressé de patients ?

Si pas de réponses et ensuite, proposition de thématiques :

Pas eu l'occasion

Manque d'arguments

Problème d'accessibilité

Refus du patient

Pas proposé à certains types de patients : si le MT évoque cette raison : lui demander ces critères de non proposition (exemple barrière de la langue...)

Difficultés de positionnement par rapport à cette structure en tant que médecin généraliste

Avez-vous des difficultés à proposer cette offre éducative ? De quoi auriez-vous besoin pour présenter cette offre éducative ?

A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38, maintenant?

- Age, sexe

- Actif/retraité
- Niveau socioéconomique
- Taux d'Hba1c
- A un ou des moments précis, spécifique de la prise en charge
- A un moment précis dans l'histoire du diabète
- face à un échec thérapeutique
- face à une problématique de motivation
- face à une problématique d'observance
- face à une problématique diététique, d'activité physique, sociale
- demande du patient...

Qu'attendriez-vous d'une structure éducative pour vos patients et votre pratique ?

Aimeriez-vous avoir un rôle dans une telle structure ambulatoire?

Comment pensez-vous continuer à interagir avec la structure dans la durée ? Comment garder des liens pour vous aider dans la PEC de votre patient ?

Avis sur compte rendu, suivi téléphonique, autres idées ?...

3/ Perspectives

Quelles sont les pathologies rencontrées au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ? (lister par ordre d'importance).

Seriez-vous intéressé si ce type de structure développait une activité de formation type FMC (sur des thématiques et en ETP) ?

Guide d'entretien n°3(MG qui ne connaissent pas ProxYDiab 38)

Présentation de l'objectif du travail, de la durée de l'entretien et de ProxYDiab 38.

1/Concernant la démarche d'ETP :

En quoi la loi HPST a-t-elle modifiée votre pratique d'ETP ?

Quelles sont les ressources que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

Quelles sont les difficultés que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

2/ Concernant l'offre de ProxYDiab 38 :

Connaissez-vous ProxYDiab 38? NON, présentation de la structure

Qu'attendriez-vous d'une structure éducative pour vos patients et votre pratique ?

A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38?

- Age, sexe
- Actif/retraité
- Niveau socioéconomique
- Taux d'Hba1c

- A un ou des moments précis, spécifique de la prise en charge
- A un moment précis dans l'histoire du diabète
- face à un échec thérapeutique
- face à une problématique de motivation
- face à une problématique d'observance
- face à une problématique diététique, d'activité physique, sociale
- demande du patient...

Quel rôle aimeriez-vous avoir dans une structure éducative de ce type ?

Par quels moyens, une telle structure éducative pourrait-elle se faire connaître ?

Comment pensez-vous continuer à interagir avec la structure dans la durée ? Comment garder des liens pour vous aider dans la PEC de votre patient ?

Avis sur compte rendu, suivi téléphonique, autres idées ?...

3/ Perspectives

Quelles pathologies rencontrées au quotidien pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ? (lister par ordre d'importance).

Seriez-vous intéressé si ce type de structure développait une activité de formation type FMC (sur des thématiques et en ETP) ?

Guide d'entretien n°4 (diabétologues qui ont adressé des patients)

Présentation de l'objectif du travail, de la durée de l'entretien

1/Concernant la démarche d'ETP des patients diabétiques de type 2:

En quoi la loi HPST a-t-elle modifiée votre pratique d'ETP ?

Quelles sont les ressources que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

Quelles sont les difficultés que vous percevez pour développer une approche éducative au cabinet ?

2/ Concernant l'offre de ProxYDiab 38 :

Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

- Age, sexe
- Actif/retraité
- Niveau socioéconomique
- Taux d'Hba1c
- A un ou des moments précis, spécifique de la prise en charge
- A un moment précis dans l'histoire du diabète
- face à un échec thérapeutique
- face à une problématique de motivation

- face à une problématique d'observance
- face à une problématique diététique, d'activité physique, sociale
- demande du patient
- patient peu suivi par MG...

Pouvez-vous me dire ce qui vous a incité à choisir cette structure plutôt et/ou associée à une autre alternative comme un recours à un suivi coordonné avec MT, à une diététicienne, nutritionniste ... ?

Avez-vous constaté des changements chez vos patients ?

Quelles sont les répercussions sur votre pratique après le passage de patients à ProxYDiab 38 ?

Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer lors d'interactions avec la structure ?

Comment pensez-vous continuer à interagir avec la structure dans la durée ? Comment garder des liens pour vous aider dans la PEC de votre patient ?

Avis sur compte rendu, suivi téléphonique, autres idées ?...

Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

3/ Perspectives :

Seriez-vous intéressé qu'une telle structure propose des formations sur des thématiques « éducatives » ?

ANNEXE 4 : Caractéristiques des médecins généralistes et endocrinologues participant à l'étude en fonction de leur connaissance et utilisation de ProxYDiab 38

| | Sexe | Age | Lieu d'exercice | mode d'exercice | Année de thèse | Année d'installation | FMC et ETP | Pourcentage de patients diabétiques type 2 | ProxYDiab 38 |
|------|-------|--------|----------------------|---------------------------|----------------|----------------------|--|--|--------------|
| MG1 | Femme | 57 ans | Grenoble Teisseire | En groupe, libéral | 1980 | 1982 | 3 par an, 1 en ETP | 15% | Entretien 1 |
| MG2 | Femme | 50 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 1987 | 1988 | 4 par an + groupe de pairs, 1 en ETP | 10% | Entretien 3 |
| MG3 | Femme | 50 ans | Meylan | En groupe, libéral | 1988 | 1990 | 4 par an, plusieurs en ETP | 15 à 20% | Entretien 2 |
| MG4 | Femme | 51 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 1987 | 1988 | 4 par an, 1 en ETP | 10 à 20% | Entretien 1 |
| MG5 | Homme | 43 ans | St Egreve | Individuel, libéral | 2005 | 2009 | 4 par an + soirées, aucune en ETP | 10% | Entretien 1 |
| MG6 | Homme | 50 ans | Grenoble Sud | En groupe, libéral | 1990 | 1990 | 2 par mois, 2 en ETP | 15% | Entretien 1 |
| MG7 | Femme | 56 ans | Pont de Claix | Individuel, libéral | 1985 | 1988 | 2 par semaine, plusieurs en ETP | 10% | Entretien 2 |
| MG8 | Femme | 40 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 2000 | 1999 | 1 par mois, plusieurs en ETP | 10% | Entretien 2 |
| MG9 | Femme | 43 ans | Gières | En groupe, libéral | 1997 | 2001 | 3 par an, aucune en ETP | 10% | Entretien 3 |
| MG10 | Homme | 60 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 1981 | 1983 | 2 par an, 1 en ETP | Ne sait pas | Entretien 1 |
| MG11 | Femme | 53 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 1986 | 1991 | 4 par an + groupe de pairs, plusieurs en ETP | 15 à 20% | Entretien 2 |
| MG12 | Homme | 54 ans | Grenoble Sud | Individuel, libéral | 1983 | 1990 | 3 à 4 par an, aucune en ETP | 15% | Entretien 1 |
| MG13 | Homme | 57 ans | Echirolles | En groupe, libéral | 1981 | 1985 | 1 par semaine, aucune en ETP | 5% | Entretien 2 |
| MG14 | Femme | 44 ans | Grenoble Vileneuve | Centre de santé, salariée | 1996 | 2000 | oui, aucune en ETP | 6% | Entretien 1 |
| MG15 | Femme | 50 ans | Gières | En groupe, libéral | 1990 | 1990 | 4 par an + soirées, 1 en ETP | 15% | Entretien 2 |
| MG16 | Homme | 59 ans | Grenoble Ile verte | Individuel, libéral | 1980 | 1980 | 4 par an + groupe de pairs, 1 en ETP | 10% | Entretien 2 |
| MG17 | Homme | 56 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 1982 | 1986 | 6 par an, 1 en ETP | 5% | Entretien 2 |
| MG18 | Homme | 52 ans | Voiron | Individuel, libéral | 1987 | 1987 | 6 par an, EPU, plusieurs en ETP | 8% | Entretien 2 |
| MG19 | Femme | 43 ans | Montbonnot St Martin | En groupe, libéral | 1999 | 2005 | 4 par an + groupe de pairs, aucune en ETP | 6% | Entretien 3 |
| MG20 | Femme | 40 ans | Grenoble, Les Géants | Centre de santé, salariée | 1999 | 2003 | 5 par an, plusieurs en ETP | 20% | Entretien 1 |
| MG21 | Homme | 62 ans | Grenoble, Perrot | Individuel, libéral | 1974 | 1976 | oui, 1 en ETP | 5% | Entretien 1 |
| MG22 | Homme | 60 ans | Grenoble, St Bruno | Individuel, libéral | 1978 | 1981 | 1 par semaine, 1 en ETP | 5% | Entretien 2 |
| MG23 | Femme | 50 ans | Meylan | En groupe, libéral | 1990 | 1991 | 4 par an, aucune en ETP | 10% | Entretien 3 |
| MG24 | Femme | 41 ans | Vizille | En groupe, libéral | 1999 | 2000 | 4 par an + groupe de pairs + soirées | 15% | Entretien 1 |

| | | | | | | | | | |
|------|-------|--------|---------------------|-----------------------------------|------|------|------------------------------|-------------|-------------|
| MG25 | Homme | 59 ans | Grenoble, Foch | Individuel, libéral | 1978 | 1981 | 4 par an, plusieurs en ETP | Ne sait pas | Entretien 3 |
| MG26 | Femme | 49 ans | Grenoble, Teisseire | En groupe, libéral | 1995 | 1998 | 3 par an, aucune en ETP | 15% | Entretien 3 |
| MG27 | Homme | 53 ans | St Martin d'Herès | En groupe, libéral | 1984 | 1986 | 4 par an, plusieurs en ETP | 10% | Entretien 3 |
| MG28 | Homme | 45 ans | Voiron | En groupe, libéral | 1996 | 1999 | 2 par an, aucune en ETP | 30% | Entretien 3 |
| MG29 | Homme | 43 ans | Echirolles | Individuel, libéral | 1989 | 1999 | 1 par mois, plusieurs en ETP | 15% | Entretien 3 |
| MG30 | Homme | 48 ans | Grenoble Centre | En groupe, libéral | 1989 | 1990 | 4 par an, plusieurs en ETP | Ne sait pas | Entretien 3 |
| E1 | Femme | 42 ans | Echirolles | En groupe, libéral | 1997 | 2001 | Oui, congrès | 40% | Entretien 4 |
| E2 | Femme | 52 ans | Meylan | Individuel, libéral | 1987 | 1988 | Oui, congrès | 25% | Entretien 4 |
| E3 | Femme | 49 ans | Grenoble | Individuel, libéral | 1993 | 1994 | Oui, congrès | 47% | Entretien 4 |
| E4 | Femme | 47 ans | Meylan | En groupe, libéral | 1993 | 1997 | Oui, congrès | 28% | Entretien 4 |
| E5 | Femme | 54 ans | Grenoble | En groupe, libéral+ vacations CHU | 1988 | 1992 | oui, congrès | 50 à 60% | Entretien 4 |

ANNEXE 5 : Portrait des médecins généralistes et endocrinologues de l'étude

Portrait de MG1

MG1 est une femme de 57 ans exerçant dans un cabinet de groupe au centre de la ville de Grenoble. Teisseire est un des quartiers défavorisés de Grenoble. Elle exerce depuis 1982. Sa patientèle se compose de 15% de diabétiques de type 2.

Elle fait régulièrement des formations médicales continues (FMC), (trois par an), et a déjà participé à des réunions concernant l'ETP.

MG1 adresse des patients très régulièrement à ProxYDiab 38 et est intégrée au fonctionnement de la structure suite à la réalisation d'un court métrage présentant ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé un jeudi, jour de repos de MG1, à son domicile

Portrait de MG2

MG2 est une femme de 50 ans travaillant dans un cabinet de groupe, au centre de Grenoble, sur les boulevards. Ce secteur est aisé. Elle est installée depuis 1988 et déclare avoir 10% de patients diabétiques de type 2 dans sa patientèle.

Elle participe quatre fois par an à des FMC, est intégrée à un groupe de pairs. Elle a participé à une formation concernant l'ETP.

MG2 ne connaît pas ProxYDiab 38. L'entretien a été réalisé un mardi soir en fin de consultation.

Portrait de MG3

MG3 est une femme de 50 ans exerçant depuis 1990 dans un cabinet de groupe situé à Meylan (ville à l'ouest de Grenoble, considérée comme aisée). Elle participe régulièrement à des FMC en ETP.

15 à 20% de sa patientèle est diabétique de type 2. Elle a une formation en nutrition.

MG3 connaît ProxYDiab 38 car elle a participé à une réunion de présentation mais aucun patient adressé ne s'est manifesté.

Enfin, l'entretien a eu lieu à son domicile un mardi matin.

Portrait de MG4

MG4 est une femme de 51 ans exerçant dans le centre de Grenoble, dans un quartier réputé, depuis 1988. Elle travaille dans un cabinet de groupe en libéral et a une activité salariée en gériatrie en parallèle.

MG4 participe à des FMC et en a déjà fait sur l'ETP.

MG4 adresse régulièrement des patients à ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé à son domicile un mardi après-midi.

Portrait de MG5

MG5 est un homme de 43 ans exerçant à Saint Egrève (situé à dix kilomètres à l'est de Grenoble). Il est installé seul depuis 2009 et possède une formation d'urgentiste.

MG5 déclare faire des FMC régulièrement mais être peu intéressé par l'ETP. Selon lui, 10% de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG5 travaille régulièrement en collaboration avec ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé un vendredi soir en fin de journée à l'issue des consultations.

Portrait de MG6

MG6 est un homme de 50 ans exerçant dans un quartier populaire de Grenoble depuis 1990. Il travaille dans un cabinet de groupe et est actif pour sa formation avec un intérêt concernant l'ETP.

15% de sa patientèle est diabétique de type 2. MG6 adresse des patients à ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé un mardi soir à la fin des consultations.

Portrait de MG7

MG7 est une femme de 56 ans avec une activité individuelle et salariée en Protection Maternelle et Infantile. Elle est installée depuis 1988 à Pont de Claix, ville populaire au sud de Grenoble. Elle a fait plusieurs formations en ETP et participe à de nombreuses FMC.

MG7 connaît ProxYDiab 38 mais aucun de ses patients adressés ne s'est présenté. Selon elle, 10 % de diabétiques de type 2 composent sa patientèle.

MG7 m'a accueillie dans son cabinet un jeudi matin au milieu de ses consultations avec un rendez-vous d'une demi-heure.

Portrait de MG8

MG8 est installée dans un quartier favorisé de Grenoble depuis 2000. C'est une femme de 40 ans exerçant dans un cabinet de groupe, active dans la formation médicale continue et dans l'ETP.

MG8 pense que 10% de sa patientèle est diabétique de type 2. Elle a participé à des réunions de ProxYDiab 38 mais aucun patient n'est inscrit.

L'entretien a eu lieu à son domicile, un jeudi en fin de matinée.

Portrait de MG9

MG9 est une femme de 43 ans exerçant à Gières, commune limitrophe à l'Est de Grenoble plutôt favorisée. Elle travaille dans un cabinet de groupe depuis 2001. Elle fait des FMC régulièrement mais ne connaît que très peu l'ETP. 10% de sa patientèle est diabétique de type 2.

L'entretien s'est déroulé à son cabinet un jeudi en début d'après-midi avant les consultations programmées.

MG9 ne connaît pas ProxYDiab 38.

Portrait de MG10

MG10 est un homme de 60 ans installé depuis 1983 au centre de Grenoble au sein d'un cabinet de groupe. Il fait deux FMC par an et a déjà participé à une formation concernant l'ETP. Il ne sait pas quel pourcentage de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG10 adresse des patients à ProxYDiab 38. L'entretien a eu lieu un lundi matin à huit heures avant le début des consultations, au cabinet.

Portrait de MG11

MG11 est installée depuis 1991 dans un cabinet de groupe à Grenoble Centre. C'est une femme de 53 ans active pour sa FMC qui a déjà réalisé des formations en ETP.

MG11 a eu connaissance de Proxydiab mais n'arrive pas à convaincre ses patients de s'inscrire. 15 à 20% de sa patientèle est diabétique de type 2.

L'entretien s'est déroulé à son cabinet en fin de matinée un lundi.

Portrait de MG12

MG12 est un homme de 54 ans installé dans un quartier populaire de Grenoble depuis 1990. Il exerce seul mais participe à des FMC régulièrement sans en avoir réalisé en ETP. 15% de ses patients sont diabétiques de type 2.

MG12 travaille régulièrement avec ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé un lundi en début d'après-midi avant les consultations, au cabinet.

Portrait de MG13

MG13 est un homme de 57 ans installé à Echirolles, en cabinet de groupe depuis 1985. Il participe à une FMC par semaine mais n'en a jamais fait en ETP. Il déclare avoir peu de patients diabétiques de type 2, environ 5%.

MG13 connaît ProxYDiab 38 mais n'adresse pas de patients. L'entretien a eu lieu un mardi matin à huit heures trente avant les consultations.

Portrait de MG14

MG14 est une femme de 44 ans exerçant dans un centre de santé dans un quartier difficile de Grenoble depuis 2000. Elle n'a pas de formation spécifique en ETP. Selon elle, 6% de ses patients sont diabétiques de type 2

MG14 adresse des patients à ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé au centre de santé, un mardi en fin de matinée à l'issue des consultations.

Portrait de MG15

MG15 exerce à Gières dans un cabinet de groupe depuis 1990. C'est une femme de 50 ans active pour sa FMC qui a déjà participé à des réunions sur l'ETP. 15% de ses patients sont diabétiques de type 2.

L'entretien a eu lieu à son cabinet entre midi et deux heures. MG15 connaît Proxydiab mais aucun de ses patients n'est inscrit.

Portrait de MG16

MG16 est un homme de 59 ans exerçant dans un quartier aisé de Grenoble depuis 1980. Il exerce seul. Il participe à des FMC ainsi que des groupes de pairs. Une de ses formations concernait l'ETP. 10% de ses patients sont diabétiques de type 2.

MG16 a participé à une réunion de présentation de ProxYDiab 38 mais il n'a pas de patients inclus dans la structure.

Portrait de MG17

MG17 exerce à Grenoble depuis 1986 dans un cabinet de groupe au sein d'un quartier populaire et étudiant.

Il a 56 ans et est actif dans sa formation avec une participation concernant l'ETP. 5% de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG17 a répondu à l'entretien 2 car aucun de ses patients n'est inscrit à ProxYDiab 38 mais il connaît cette structure. La rencontre a eu lieu à son cabinet avant les consultations de la matinée, un mercredi.

Portrait de MG18

MG18 est un homme de 52 ans installé à Voiron (ville située à trente kilomètres de Grenoble) depuis 1987 en cabinet individuel. Il participe à des FMC et est très impliqué dans le diabète et l'ETP. 8% de ses patients sont diabétiques de type 2.

Il a participé à une réunion de présentation de ProxYDiab 38 mais l'éloignement de Grenoble explique qu'aucun de ses patients ne soient inscrits à ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé un mercredi en fin de matinée à l'issue de ses consultations.

Portrait de MG19

MG19 a 43 ans et est installée à Montbonnot Saint Martin depuis 2005. Cette commune à l'est de Grenoble est très aisée. MG19 travaille en cabinet de groupe. Elle n'a jamais fait de FMC concernant l'ETP mais participe à un groupe de pairs et a une formation régulière. Elle dit avoir peu de patients diabétiques, 6% environ.

Elle ne connaît pas la structure. L'entretien s'est passé en début de matinée avant les consultations, à son cabinet, un jeudi.

Portrait de MG20

MG20 est une femme de 40 ans qui exerce dans un centre de santé à Grenoble depuis 2003. Elle participe régulièrement à des FMC tout particulièrement en ETP. 20% de ses patients sont diabétiques de type 2.

MG20 travaille en lien avec ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé en milieu de matinée intégré aux consultations, un jeudi matin.

Portrait de MG21

MG21 exerce à Grenoble dans un quartier populaire depuis 1976 dans un cabinet individuel. Il a 62 ans et fait des FMC dont une en ETP. 5% de sa patientèle est diabétique de type 2.

Il adresse fréquemment des patients à ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé un vendredi matin à huit heures avant ses consultations à son cabinet.

Portrait de MG22

MG22 est un homme de 60 ans qui exerce dans un quartier du centre ville de Grenoble depuis 1981, au sein d'un cabinet individuel. Il participe à une FMC et en a déjà fait une concernant l'ETP. Il pense que 5% de sa patientèle est diabétique de type 2.

Il a participé à des réunions de présentation de ProxYDiab 38 mais n'adresse pas de patient.

L'entretien s'est déroulé un vendredi en fin de matinée après les consultations à son cabinet.

Portrait de MG23

MG23 est une femme de 50 ans exerçant dans un cabinet de groupe, à Meylan depuis 1991. Elle a une FMC mais n'a jamais abordé l'ETP. Elle a une spécialisation en nutrition. Selon elle, sa patientèle est composée de 10% de diabétique de type 2.

L'entretien a eu lieu à son cabinet un vendredi soir en fin de journée en sachant que MG23 ne connaît pas ProxYDiab 38.

Portrait de MG24

MG24 est une femme de 41 ans exerçant à Vizille (commune située à trente kilomètres de Grenoble) depuis 2000. Elle travaille dans un cabinet de groupe et participe à des FMC, à un groupe de pairs mais n'a jamais eu de formation en ETP.

Elle travaille en lien avec ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé un jeudi entre midi et deux heures à son cabinet.

Portrait de MG25

MG25 est un homme de 59 ans travaillant seul à Grenoble. Il est installé depuis 1981. Il fait régulièrement des FMC tout particulièrement en ETP. Il ne sait pas quel pourcentage de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG25 ne connaît pas ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé au cabinet de MG25 en milieu de matinée un mardi.

Portrait de MG26

MG26 est une femme de 49 ans exerçant dans un cabinet de groupe et installée depuis 1998 à Grenoble Teisseire, quartier populaire. Elle fait régulièrement des FMC (trois par an) mais n'en a jamais réalisées en ETP spécifiquement. Selon elle, 15% de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG26 ne connaît pas ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé un mardi en début d'après-midi avant les consultations au cabinet de MG26.

Portrait de MG27

MG27 est un homme de 53 ans exerçant à Saint Martin d'Hères, commune limitrophe de Grenoble plutôt ouvrière et universitaire. Il est installé depuis 1986 dans un cabinet de groupe. Il fait de nombreuses FMC et plusieurs concernant l'ETP. Il pense que 10% de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG27 ne connaît pas ProxYDiab 38. L'entretien a eu lieu un mardi après-midi à la fin de ses visites à domicile, à son cabinet.

Portrait de MG28

MG28 est un homme de 45 ans, installé depuis 1999, sur Voiron dans un cabinet de groupe. Il n'a jamais eu de formation concernant l'ETP mais fait deux FMC par an en moyenne. Selon lui, il suit 30% de sa patientèle pour un diabète de type 2.

MG28 ne connaît pas ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé un jeudi matin à huit heures avant ses consultations.

Portrait de MG29

MG29 est un homme de 43 ans exerçant à Echirolles depuis 1990 dans un cabinet en pratique individuelle. Il fait quatre FMC par an et plusieurs en ETP. 15% de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG29 ne connaît pas ProxYDiab 38. L'entretien a eu lieu un jeudi en fin de matinée à l'issue des consultations.

Portrait de MG30

MG30 est un homme de 48 ans exerçant en centre ville de Grenoble dans un cabinet de groupe. Il est installé depuis 1990. Il fait trois FMC par an et en a fait plusieurs en ETP. Il ne sait pas quel pourcentage de sa patientèle est diabétique de type 2.

MG30 ne connaît pas la structure. L'entretien s'est déroulé un vendredi après-midi entre deux consultations.

Portrait de E1

E1 est une femme de 42 ans installée sur Echirolles en cabinet de groupe depuis 2001. Elle participe à de nombreux congrès en FMC. Les patients diabétiques de type 2 représentent 40% de sa patientèle. Elle travaille avec ProxYDiab 38. L'entretien s'est déroulé un mardi en fin de matinée à son cabinet.

Portrait de E2

E2 est une femme de 52 ans installée sur Meylan depuis 1988, seule. Elle fait des FMC tout au long de l'année. 25% de sa patientèle consulte pour un diabète de type 2.

Elle connaît ProxYDiab 38 mais n'adresse que très peu de patients.

L'entretien a eu lieu à son cabinet un mardi en milieu d'après-midi entre deux consultations.

Portrait de E3

E3 est une femme de 49 ans exerçant depuis 1994 à Grenoble, individuellement. Elle participe à de nombreux congrès dans le cadre de sa FMC. 47% de sa patientèle est diabétique de type 2. E3 travaille en collaboration avec ProxYDiab 38.

L'entretien a eu lieu un jeudi en début d'après-midi à son cabinet.

Portrait de E4

E4 est une femme de 47 ans installée à Meylan depuis 1997 en cabinet de groupe. Elle a une FMC régulière par le biais de congrès. 28% de ses patients sont diabétiques de type 2.

E4 adresse régulièrement des patients à ProxYDiab 38.

L'entretien s'est déroulé au cabinet de E4 en milieu d'après-midi, un lundi.

Portrait de E5

E5 est une femme de 54 ans installée sur Grenoble depuis 1992 et réalise des vacations au CHU. Elle participe à des congrès régulièrement dans le cadre de sa FMC. Entre 50 à 60% de ses

patients sont diabétiques de type 2. E5 connaît ProxYDiab 38 et travaille en collaboration avec la structure.

L'entretien s'est déroulé un jeudi en début d'après-midi au CHU de Grenoble dans le service de diabétologie.

ANNEXE 6 : Caractéristiques des entretiens

| Praticiens | Durée de l'entretien |
|------------|----------------------|
| MG1 | 16 min 25 sec |
| MG2 | 16 min 02 sec |
| MG3 | 14 min 53 sec |
| MG4 | 16 min 57 sec |
| MG5 | 25 min 19 sec |
| MG6 | 29 min 20 sec |
| MG7 | 23 min 16 sec |
| MG8 | 17 min 49 sec |
| MG9 | 21 min 17 sec |
| MG10 | 28 min 09 sec |
| MG11 | 24 min 13 sec |
| MG12 | 26 min 32 sec |
| MG13 | 20 min 12 sec |
| MG14 | 27 min 59 sec |
| MG15 | 23 min 41 sec |
| MG16 | 27 min 30 sec |
| MG17 | 21 min 41 sec |

| | |
|------|---------------|
| MG18 | 24 min 12 sec |
| MG19 | 19 min 13 sec |
| MG20 | 28 min 32 sec |
| MG21 | 35 min 19 sec |
| MG22 | 13 min 48 sec |
| MG23 | 17 min 48 sec |
| MG24 | 16 min 07 sec |
| MG25 | 18 min 24 sec |
| MG26 | 28 min 09 sec |
| MG27 | 24 min 53 sec |
| MG28 | 14 min 14 sec |
| MG29 | 22 min 48 sec |
| MG30 | 18 min 08 sec |
| E1 | 17 min 37 sec |
| E2 | 40 min 15 sec |
| E3 | 36 min 26 sec |
| E4 | 15 min 13 sec |
| E5 | 11 min 13 sec |

VERBATIM

Entretien MG1

Céline : Tout d'abord, merci beaucoup. Pour commencer, il me faudrait une fiche descriptive. Tu es une femme. Il me faudrait ton âge ?

57 ans.

Céline : Ton année d'installation ?

1982 à Grenoble.

Céline : Année de thèse ?

1980.

Céline : Mode d'exercice.

Cabinet de groupe, avec une associée.

Céline : Ton lieu d'exercice.

Centre de Grenoble, à côté de Teisseire.

Céline : Cette année, as-tu fait des formations médicales continues (FMC) ?

Ouais.

Céline : Et combien ?

J'en ai fait, j'ai dû en faire trois.

Céline : Est qu'il y en avait sur l'éducation thérapeutique ?

Non, pas cette année.

Céline : Les années précédentes, tu en avais fait ?

Oui, une fois l'année dernière.

Céline : Et quel pourcentage de diabétiques de type 2 as-tu dans ta patientèle ?

OhC'est vrai qu'on en a beaucoupJe te dirais ...au moins 15%.

Céline : L'objectif est d'évaluer quels sont les facteurs qui peuvent impliquer ou freiner les médecins généralistes dans l'ETP des diabétiques de type 2 et comment est perçue une offre d'ETP ambulatoire. L'entretien est divisé en 3 parties. Il commence au départ sur la démarche en ETP.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours et aux soins primaires. En quoi cette loi a-t-elle changée ta pratique ?

En pas grand-chose. (Rires). En pas grand-chose parce que c'est ce qu'on faisait toujours. Enfin, moi je commence toujours par ça. L'adhésion du patient c'est autre chose. Mais dans ma pratique, ça n'a rien changé.

Céline : D'accord. Pour toi quels sont les atouts et les ressources que tu perçois pour avoir une démarche éducative au cabinet ?

....Alors..., les atouts et les ressources ?

Céline : Les points positifs dans une démarche éducative au cabinet.

Déjà que les gens comprennent si tu veux, l'adhésion du patient par rapport à leur maladie, déjà qu'ils sachent ce que sait. Le diabète ce n'est pas qu'avoir du sucre. Leur faire réaliser effectivement : comment il faut commencer par ça avant d'entreprendre quoi que ce soit.

...Qu'est ce que je peux te dire d'autre ?...Non c'est ça.

Céline : Quelles difficultés perçois-tu pour faire de l'ETP au cabinet ?

La difficulté, c'est déjà le temps.

Céline : Je savais que tu allais dire ça !

(Rires). Le temps. Ceci dit, à nous de consacrer une consultation que pour ça. Ce n'est pas toujours évident, ça c'est clair...

La compréhension des patients : nous on a une population maghrébine. Ce n'est pas évident de se faire comprendre que... Tu vois hier j'ai repris une dame pour le pain.

Les deux points faibles c'est déjà la compréhension et l'adhésion du patient et puis le manque de temps.

Céline : La seconde partie de l'entretien, c'est sur l'offre de ProxYDiab 38. Comment as-tu découvert ProxYDiab 38 ?

En fait, on avait fait une formation avec Pr Halimi et il nous en a parlé au décours d'un dîner. Puis j'avais laissé ça dans les oubliettes. Puis un jour je me suis dit pourquoi ne pas leur faire appel. J'avais perdu les coordonnées et j'ai repris contact avec l'hôpital qui m'a redonné les coordonnées de ProxYDiab 38. Et des plaquettes m'ont été envoyées. D'ailleurs, il m'en manque et je trouve que c'est très bien ça.

Céline : D'accord. La réunion du départ, c'était une réunion de présentation de ProxYDiab ?

Oui, j'avais eu l'information par un laboratoire diabéto.

Céline : Donc c'étaient les réunions d'informations auprès des MG.

Tout à fait. Après ils en avaient refait mais je n'avais pas pu aller à la deuxième mais bon comme je connaissais.

Céline : A quel patient as-tu proposé ProxYDiab ? C'est une question large. A quel type de patient et à quel moment de la prise en charge ?

C'est déjà des patients diabétiques, traités où je vois qu'il y a effectivement un échappement au niveau de la diététique et de l'activité physique. Je leur dis bien qu'ils ne vont pas aller là bas pour les médicaments. J'ai adressé deux personnes, un de 55 ans, un de 60 ans, hier c'était une mamie de 82 ans, un autre monsieur avant-hier aux alentours de 60 ans. Je n'ai envoyé qu'une mamie pour l'instant et j'espère qu'elle va y aller...

Souvent ce sont des patients qui sont retraités car les actifs effectivement ne peuvent pas facilement y aller en journée.

Ils ne sont pas trop déséquilibrés, leurs Hba1c sont vers 7.5% donc c'est correct. J'en ai une, avec 12% d'Hba1c : elle, c'est désespéré. Elle est allée trois fois à l'hôpital pour ça. Je laisse tomber.

Céline : Donc c'est surtout pour le versant diététique et activité physique.

Oui voilà. Et puis leur faire rencontrer, ça c'est bien passé pour un autre patient, d'autres diabétiques pour les sortir de leur inquiétude. Ils discutent entre eux et se donnent des tuyaux. Je pense qu'il faut bien leur expliquer à quoi ça sert et qu'il y ait une adhésion.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 par rapport à un diabétologue, une diététicienne, une nutritionniste ?

Alors, Je pense qu'il y a une prise en charge globale. Il y a quelqu'un pour l'éducation diététique, quelqu'un pour l'activité physique. Il y a un médecin référent. Le diététicien, c'est payant. La question qu'ils me posent tout de suite, c'est est ce que c'est payant ? Je leur explique que non.

Moi, l'avantage c'est que ce n'est pas loin de mon cabinet donc c'est aussi un point positif. Ce n'est pas une structure hospitalière. Avant, on envoyait les patients à l'hôpital en éducation diabétique sur une semaine. C'est quand même plus libre et plus facile. Il faut leur dire que ce n'est pas tous les jours non plus.

Céline : As-tu constaté des changements chez tes patients qui sont passés à ProxYDiab 38 ?

(Rires) Celui qui est revenu, oui, oui. Il est à fond : « il faut faire de la publicité pour ProxYDiab 38 » ! J'en ai qu'un qui est revenu ; les autres je ne les ai pas encore revus.

Il avait perdu deux kilos alors que je n'ai jamais réussi. Il dit qu'il fait des efforts. Il était très content.

Céline : As-tu noté des répercussions dans ta pratique d'avoir envoyé des patients à ProxYDiab 38 ?

(Hésitations) Par rapport à mon exercice, non. Dans ma pratique à continuer à adresser des patients, bien sûr. Je n'ai pas changé ma prise en charge des diabétiques de type 2. Je leur fait toujours mon baratin. Mais quand c'est une diététicienne, ce n'est pas le docteur ! C'est autre chose.

Céline : Les trois dernières questions de la seconde partie concernent les relations entretenues avec ProxYDiab 38.

Quelles sont-elles actuellement ?

J'ai reçu un courrier pour me dire que le patient avait été reçu. Sinon, il n'y a pas eu d'autres échanges. Pas de difficulté à joindre ProxYDiab 38.

Céline : Le courrier reçu, c'était le compte-rendu de passage ?

C'était le retour comme quoi le patient est passé à ProxYDiab 38. Je ne me souviens pas bien.

Céline : Penses-tu que ce compte-rendu est intéressant pour toi ?

Oui, je l'attends même. C'est important.

Céline : Dans la poursuite des interactions, un suivi téléphonique est prévu tous les six mois auprès du patient ?

C'est bien car il ne faut pas les « lâcher ». Ils vont faire quelque chose pendant deux, trois mois et ils repartent dans la nature, ça ne sert à rien.

Céline : Que pourrait-on faire d'autre pour le suivi ?

Il faudrait les reconvoquer une fois par an pour savoir où ils en sont par rapport à leur diabète... Peut-être reconvoquer le même groupe... Les revoir, peut-être pas tous les six mois mais au moins une fois par an. Savoir s'ils ont suivi les conseils, revoir leur Hba1c, savoir s'ils ont tout laissé tomber. Je pense que ça serait bien.

Céline : Aimerais-tu avoir un rôle dans cette structure, si oui lequel ?

(Hésitations) Le rôle que je peux avoir... Je n'en sais rien. C'est encore une histoire de temps mais à la limite, pourquoi ne pas assister à une réunion avec des patients. Ça peut être intéressant. Pourquoi ne pas faire des cours en rapport avec notre activité ?

Céline : Nous abordons la dernière partie de l'entretien. Quelles autres pathologies rencontrées au quotidien pourraient bénéficier d'une offre éducative de ce type ?

C'est sûr que le diabète, c'est un problème de santé publique. L'hypertension artérielle, c'est plus difficile, il faut les motiver. Les patients vasculaires en les informant sur l'arrêt du tabac, l'activité physique, la diététique. Le problème, ça sera une histoire de sous.

Au quotidien, je ne vois pas trop d'autres pathologies.

Céline : Si ProxYDiab 38 développe des FMC et en ETP ? Serais-tu intéressée ?

Oui, oui, j'en fais régulièrement. Après, ça permet de se remettre à niveau. On apprend toujours des choses, rien n'est acquis. Moi je suis partante.

Céline : Voilà, c'est la fin de l'entretien, merci beaucoup en tout cas.

Discussion :

Patiente de 82 ans, j'ai rempli le flyer, c'est bien fait avec un petit mot.

Essayer d'en parler systématiquement. Essayer de le proposer plus systématiquement. Donner le flyer.

Permanence le samedi matin, le soir.

Communication correcte : réunions labo , problème de temps, importance des mails.

Contraignant, prendre RDV, ne pas les lâcher, facilité d'accès, rassure que ce n'est pas l'hôpital.

Entretien réalisé le 10/03/2011 au domicile de MG1 à 10h30, entretien de 16 minutes 25 secondes.

Entretien MG2

Céline : Merci de me recevoir. L'objectif de ma thèse est d'évaluer quels sont les facteurs qui peuvent impliquer ou freiner les médecins généralistes dans l'ETP des diabétiques de type 2 et comment est perçue une offre d'ETP ambulatoire. Il me faut tout d'abord des indications sur toi. Tu es une femme. Quel est ton âge ?

50 ans.

Céline : Depuis quand es-tu installée sur Grenoble ?

Depuis 1988, 23 ans.

Céline : Ton année de thèse ?

1987.

Céline : Ton mode d'exercice ?

Libéral en cabinet à trois associées.

Céline : A quel endroit ?

Grenoble centre.

Céline : Fais-tu des FMC ?

Oui.

Céline : Combien par an ?

Pour les FMC subventionnées par l'OGC, j'en fais jusqu'à quatre par an ; plus une réunion privée par mois et puis les groupes de pairs.

Céline : As-tu déjà fait des formations en ETP ?

Oui... C'était pour la prise d'antihypertenseurs, il y a une dizaine d'années.

Céline : Quel pourcentage de diabétiques de type 2 as-tu dans ta patientèle ?

(Hésitations). Peut-être 10 %

Céline : La première partie concerne l'ETP. En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée ta pratique ?

Pas beaucoup car je pense que j'essayais déjà de faire de l'ETP. Mais peut-être que je me trompe.

Céline : Quelles ressources perçois-tu pour développer une approche éducative au cabinet ?

Les ressources... Un interrogatoire correct par rapport à l'alimentation, à l'activité du patient, à son contexte social et professionnel et pathologies associées.

Céline : Vois-tu autre chose ?

Non.

Céline : Quelles sont les difficultés que tu perçois pour développer une approche éducative au cabinet ?

La difficulté, c'est le temps. Ensuite, c'est la compréhension du patient par rapport à sa pathologie et ce qu'il doit faire exactement pour qu'il aille mieux sans traitement. Le traitement ne doit pas être mis pour pallier le régime par exemple.

Céline : D'autres difficultés ?

Le temps, le patient... Peut-être des connaissances personnelles insuffisantes.

Céline : Nous abordons la seconde partie de l'entretien qui évalue comment on peut intégrer une offre éducative dans le parcours du patient ?

Connais-tu ProxYDiab 38 ?

Non.

Céline : C'est une structure éducative pluridisciplinaire avec des diététiciennes, des APA, une diabétologue, une secrétaire. L'objectif est de l'éducation thérapeutique en ateliers de groupe et individuel sur la physiopathologie du diabète, de l'activité physique et de l'alimentation.

Qu'attendrais-tu d'une telle structure éducative pour tes patients et pour ta pratique ?

Pour mes patients, c'est qu'ils connaissent mieux leur maladie et qu'ils voient à quoi peuvent servir les conseils donnés au cabinet. Du coup, comme vous avez plus de personnel, c'est plus simple d'aborder les sujets de façon plus approfondie et que le patient se trouve bien pris en charge en association avec le médecin généraliste.

Céline : As-tu d'autres attentes pour ta pratique ?

Oui, ça peut être un apport de connaissance par rapport au traitement, en dehors des médicaments. Donc c'est surtout la nutrition et l'activité physique...

Céline : Maintenant que tu connais ProxYDiab 38 ? A quel patient proposerais-tu ProxYDiab 38 ?

Ça peut être lors de la découverte du diabète avec des glycémies qui commencent à monter. Ce n'est pas la peine d'attendre plus longtemps : si on peut éviter d'avoir un traitement médicamenteux, c'est bien. En début de traitement.

Chez les personnes qui sont déjà traitées, ça peut être quand il y a un échappement, que les patients sont moins attentifs à ce qu'on leur dit, quand les patients se mettent à grossir, qu'ils viennent au cabinet avec une habitude et ils ont moins peur du médecin qui les gronde !

Le médecin, à force de répéter la même chose, se demande si c'est utile. Le changement d'intervenant est intéressant car il y a un discours et une communication différents.

Céline : Toujours en imaginant cette structure, quel rôle voudrais-tu avoir dans cette structure ?

Un rôle d'observateur. En temps que présence physique ? Pourquoi pas un enseignement, une formation sur le diabète, les nouveaux traitements, des nouvelles approches nutritionnelles.

Céline : A ton avis, par quels moyens, cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Par l'organisation de réunions... (Hésitations). L'utilisation du courrier, ou des personnes qui démarchent au cabinet mais parfois on se méfie. Il faut bien avoir des références précises de médecins, que ça ne soit pas un organisme privé. (Hésitations). Par les revues ? Mais les médecins ne les lisent pas tellement. Non il faut un abord direct du médecin.

Céline : Par quels moyens, pourrait-on garder des liens entre la structure et le médecin généraliste ?

Il pourrait y avoir un rendez-vous annuel ou biennuel entre le patient et ProxYDiab 38. C'est organisé comme ça pour la trisomie 21 par exemple. ProxYDiab 38 pourrait écrire au médecin pour voir l'évolution du traitement, de son hémoglobine glyquée. On a intérêt de faire une piqûre de rappel pour les patients : refaire une réunion, revoir la diététicienne, évaluer les dérapages.

C'est important que le médecin généraliste soit tenu au courant par ProxYDiab 38.

Céline : Que pourrait faire ProxYDiab 38 pour t'aider dans ta prise en charge au long cours de ton patient ?

Il faut instaurer un suivi de rendez-vous une fois par an pour faire le point en diététique, en activité physique. Il pourrait refaire un atelier, pourquoi pas ?

Céline : Nous arrivons à la dernière partie de l'entretien en abordant les perspectives ?

Quelles sont les pathologies que tu rencontres fréquemment au cabinet et qui pourraient bénéficier d'une telle structure éducative ?

Les personnes qui ont un problème de poids, notamment obésité, de boulimie. Quoi que ce soit encore autre chose... Tout ce qui est prévention et éducation par rapport à la nutrition, cholestérol et compagnie. Une approche globale, nous essayons de le faire dans les pathologies cardiovasculaires. Je ne vois pas d'autres pathologies.

Céline : Serais-tu intéressée si ce type de structure développait des FMC tout particulièrement en ETP ?

Oui, bien sûr, c'est intéressant de développer ça.

Céline : C'est la fin. Merci beaucoup.

Entretien réalisé le 15/03/2011 au cabinet de MG2 à 19h, entretien de 16 minutes 2 secondes.

Entretien MG3

Céline : Tout d'abord, merci de me recevoir. Nous allons commencer par une fiche descriptive. Tu es une femme. Quel âge as-tu ?

50 ans.

Céline : Depuis quand es-tu installée sur Grenoble ?

20 ans.

Céline : Où exerces-tu ?

A Meylan.

Céline : Ton année de thèse

1988.

Céline : Fais-tu des formations médicales continues ?

Oui, quatre par an.

Céline : En as-tu fait concernant l'ETP ?

Oui, ça se rapporte souvent à l'ETP. La dernière c'était en octobre 2010.

Céline : Quel pourcentage de diabétiques de type 2 as-tu dans ta patientèle ?

(Hésitations). Pas tellement... Entre 15 et 20%.

Céline : L'entretien est divisé en trois parties. La première partie concerne l'ETP en général, la seconde ProxYDiab 38 et enfin une ouverture avec des perspectives.

L'objectif est de rechercher les facteurs favorisant ou freinant l'implication des médecins généralistes dans l'ETP. Dans un second temps, évaluer la perception de ProxYDiab 38.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP au centre de la prise en charge de premiers recours et l'ETP comme priorité nationale. En quoi cette loi a modifié ta pratique en ETP ?

En rien.

Céline : Quelles ressources perçois-tu pour avoir une démarche éducative au cabinet ?

(Hésitations). Les formations, ça m'aide bien pour l'orientation de l'interrogatoire... L'important c'est de prendre le temps. Quand tu connais le sujet, c'est plus facile de faire de l'ETP. Les supports avec les revues sont importants.

C'est bien de revoir les patients dans le temps, d'essayer de faire passer un message, de sentir qu'ils sont parfois plus réceptifs à certains moments et donc c'est l'avantage du médecin traitant par rapport à un spécialiste qui voit ce patient une fois par an. On est plus au cœur de la prise en charge.

Céline : Quelles difficultés perçois-tu pour développer une approche éducative au cabinet ?

Le temps ! (Rires).

Céline : J'ai toujours la même réponse !

Le temps et l'argent ! C'est la seule chose.

Sinon on pourrait garder deux heures les gens et avoir des résultats. D'où l'intérêt d'avoir un réseau et adresser les patients à des professionnels qui font que ça.

Céline : D'autres difficultés ?

Le relationnel avec certains patients et tu sens qu'ils sont plus impliqués. Il ne faut pas baisser les bras, il faut être obstiné.

Céline : La seconde partie concerne ProxYDiab 38. Comment as-tu connu ProxYDiab 38 ?

Par des réunions en EPU le soir par un laboratoire. Comme je fais un peu de nutrition, ça m'intéressait. En plus, j'ai fait mon DU avec Pr Halimi qui s'en occupe.

Céline : Actuellement, aucun de tes patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. As-tu déjà proposé ProxYDiab 38 ?

Oui. Je l'ai proposé à trois patients et ça ne m'étonne pas qu'ils ne soient pas venus. Ce sont des patients avec qui j'ai des problèmes, la prise en charge se fait mal au niveau de l'ETP. Je pense qu'ils ne sont pas prêts. Ce sont des patients qui sont jeunes ; notamment une patiente qui a 40 ans avec un diabète de moins de six ans et elle ne se prend pas du tout en charge. Je l'ai d'abord adressée à l'hôpital puis je lui ai donné les coordonnées de ProxYDiab 38.

Céline : Tu as en partie répondu à la prochaine question. Pourquoi, à ton avis ces patients ne sont pas arrivés à ProxYDiab 38 ?

Par manque de motivation. C'est vrai que ce sont des patients jeunes qui travaillent, avec des enfants. C'est aussi un manque de temps.

Céline : A quel patient as-tu proposé ProxYDiab 38 ?

Au bout d'un certain temps de prise en charge où tu commences à te demander par quel bout tu vas pouvoir aborder les choses. Tu sens que tu as essayé toutes tes ressources personnelles et que ça ne passe pas. Le but, c'est qu'ils aient une prise de conscience et qu'ils se rendent compte que ce n'est pas si compliqué que ça. Peut-être ont-ils une image du diabète qui fait qu'ils ont peur et que ça va changer leur vie. Le but c'est leur dire qu'il y a des choses à faire sur une prise en charge alimentaire et nutritionnelle. J'ai l'impression que plus je donnais des conseils, plus ils bloquaient. L'acceptation de cette maladie chronique et du suivi que ça entraîne. C'est des patients qui se suivent mal. Ils arrivent pour leur renouvellement de traitement en disant : « docteur, j'ai oublié de faire ma prise de sang. ».

Pas de problème d'observance car ils ont peur au fond d'eux : le médicament c'est magique. Les patients que j'ai adressés sont autour de 7% d'HbA1c donc pas si déséquilibrés que ça.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt que d'autres alternatives comme une diététicienne, un spécialiste ?

C'est une structure multidisciplinaire, il y a une vraie prise en charge. Avec les endocrinologues, souvent les gens reviennent et ils sont plutôt attristés car ils se sont faits « engueuler ». Je pense que certains endocrinologues prennent plus ou moins le temps, ils ne voient pas les patients tous les mois. C'est la seule structure que je connaisse qui a une telle prise en charge. Les diététiciennes, dans l'esprit des gens, j'ai la sensation que c'est plus pour maigrir et perdre du poids, pas vraiment pour l'équilibre du diabète. Si les gens sont en surpoids, c'est qu'il y a eu quelque chose avant et il faut qu'ils soient décidés à changer les choses.

Céline : Qu'attendrais-tu de ProxYDiab 38 pour ta pratique et tes patients?

La prise en charge psychologique, très importante. Le soutien, le travail en groupe, le fait de pouvoir rencontrer des gens et partager des expériences. Les gens n'osent pas en parler et se sentent isolés : surtout pour des gens un peu jeunes, il y a une mauvaise connotation (« tu manges mal »).

Le retour pour le médecin traitant pour avoir un suivi et savoir ce qui s'est passé pour nos patients. Pour nous, c'est aussi en avoir un peu moins sur les épaules : entre la pression du médecin et de nos décisions, la pression de la sécurité sociale en permanence, des traitements qu'on fait. En plus, le diabète, ça évolue beaucoup ; les traitements changent sans arrêt. D'ailleurs il faut que je me mette à jour.

Pour mes patients, ça serait une reconnaissance pour eux. Le fait qu'ils soient rassurés et qu'on leur propose des solutions.

Céline : Quel rôle aimerais-tu avoir dans ProxYDiab 38 ?

Si j'avais le temps, oui. Tout dépend des modalités de ce rôle. A la limite en tant qu'observateur, aller avec un patient pour voir comment ça se passe. Encore une fois, ça prendrait au moins 1h30. Ça m'intéresserait de voir comment l'endocrinologue gère la chose ainsi que le psychologue, avoir des réunions de groupe car on est le pilier autour de la prise en charge.

Céline : Par quels moyens ProxYDiab 38 pourrait garder des liens avec le médecin généraliste après le passage d'un patient ?

Par des courriers ou des appels téléphoniques.

Dans le courrier, il faut leur évaluation du diabète, leur propre vision des choses, où en est le patient sur la prise en charge, sur la maladie elle-même et la thérapeutique proposée. C'est bien aussi pour nous d'avoir un endocrinologue pour des affinements de traitement surtout que les patients qu'on envoie sont des patients difficiles. Avoir l'avis d'un spécialiste, c'est bien.

Céline : Quelles pathologies rencontrées au quotidien, pourraient bénéficier d'une telle offre éducative ?

(Hésitations). La dépression. Les maladies cardiovasculaires après un infarctus avec pontage ou intervention chirurgicale car les patients sont anxieux et angoissés. Peut-être les affections neurologiques chroniques, je pense aux scléroses en plaque. Sur le long cours, les gens sont suivis ponctuellement à l'hôpital et se retrouvent seuls.

Pour les pathologies chroniques en fait.

En rhumatologie, pas trop car pour les lombalgies on a accès à Uriage et on peut mettre des choses en place.

Pour l'HTA, la dyslipidémie, je n'ai pas trop de soucis : les patients prennent leur traitement.

Céline : Serais-tu intéressée si ProxYDiab 38 développe des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Oui bien sûr, sans problème !

Entretien réalisé au domicile de MG3 le 22/03/2011 à 10h, entretien de 14 minutes 53 secondes.

Entretien E1

Céline : Tout d'abord merci de me recevoir.

Pour commencer, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous?

42ans.

Céline : Quel est votre lieu d'exercice ?

Echirolles, avec installation adaptée au manque de spécialistes peut-être à cause de l'image de la ville.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée sur Grenoble ?

2001.

Céline : Votre année de thèse ?

1997.

Céline : Votre mode d'exercice.

Libéral majoritairement en cabinet avec une associée depuis 2 ans, avec une vacation quatre fois par mois au CHU en éducation diabétique.

Céline : Avez-vous fait des FMC cette année ?

Non, mes seules formations, c'est la littérature et les congrès. En fait je dis des bêtises car on fait une formation sur l'entretien motivationnel. C'est une formation en plusieurs étapes, dernière journée en janvier et en mai ; c'est pour ça qu'elle m'est sortie de la tête.

Céline : Quel pourcentage de diabétiques de type 2 est suivi au cabinet ?

C'est difficile de répondre. En activité, j'ai 50 % de thyroïde, 40 % de diabète et 10 % d'endocrinologie autre. Sur les 40 % de diabète, il y a majoritairement des diabétiques de type 2. J'ai environ 20 type 2 pour un type 1.

Céline : Nous abordons ensuite l'entretien en lui même. La première partie concerne l'ETP, la seconde partie ProxYDiab 38 et enfin, une question d'ouverture.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP au centre de la prise en charge et comme priorité nationale.

En quoi cette loi a-t-elle modifiée votre pratique en ETP ?

Non, en rien.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour développer une approche éducative au cabinet ?

(Hésitations). Les ressources...qu'on a, c'est que la consultation est longue. On peut, à mon avis, pratiquer, pas pour tous les patients mais ceux dont je sens qu'ils peuvent adhérer à ce type de démarche.

Le problème au cabinet c'est qu'on a tout le côté médical pur, les prescriptions qui prennent du temps. Parfois, une consultation peut simplement évaluer les motivations, le mode de vie, pourquoi le non traitement et revoir dans un second temps le patient. C'est compliqué au cabinet : du positif, non. Il faut se battre : l'exercice en cabinet n'est pas facilitant.

Céline : Quelles sont les difficultés que vous percevez pour faire une approche éducative au cabinet ?

Le temps, c'est clair. (Rires). Et le fait que certains patients et certains médecins généralistes attendent de nous qu'on soit plus dans l'action avec des résultats à la clef, ce qui ne va pas toujours dans le sens de la démarche d'éducation.

Les outils utilisés comme ils le sont dans certaines structures, c'est moins facile. L'intérêt des équipes : nous quand on fait de l'éducation en diététique c'est plus difficile et moins complet que ce que ferait une diététicienne. En fait, on a toutes les casquettes : on a la casquette de l'infirmière pour les techniques d'injection et manipulation des insulines, la casquette de la diététicienne et du diabétologue. Alors qu'à l'hôpital, le travail est plus ventilé donc c'est plus léger.

L'organisation pratique ne s'y prête pas.

Céline : La seconde partie de l'entretien concerne ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Par Céline et Pr Halimi car je les vois assez souvent. Céline a présenté ProxYDiab 38 à la réunion des endocrinologues lors d'une réunion de notre association l'adélie. Puis je l'interroge régulièrement sur l'évolution de son projet de façon informelle.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Les diabétiques de type 2, non multi insulinsés comme c'est demandé. J'en ai orienté plusieurs mais visiblement, il y en a peu qui y sont allés car j'ai eu trois retours de courrier. C'est comme quand on veut adresser quelqu'un en éducation au CHU, les gens sont réticents globalement. On ne sait jamais trop pourquoi. Je pense que c'est parfois un manque de motivation. Le fait de se dire que je vais devoir passer du temps pour entendre parler du diabète, pour m'entendre dire ça, ça et ça. Ils s'attendent que ça soit une approche classique où on leur dit « il ne faut pas faire ci, il faut faire comme ça ». Ce n'est pas évident pour leur faire comprendre que ça ne sera pas comme ça.

Céline : Les trois patients qui sont passés à ProxYDiab 38, quel est leur profil ?

Sous traitement antidiabétique oral lourd avec une problématique de diététique avec manque de motivation à l'activité physique. Du coup, la présence de diététicienne et d'éducatrice en APA est intéressante. Ces patients tournent à 8% d'HbA1c. Ils sont soit retraités ou au chômage longue durée et de niveau socio économique peu élevé.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, type une diététicienne, ... ?

Pour la multidisciplinarité et je connais l'équipe car c'était elle qui travaillait au CHU. Je sais leurs compétences.

Céline : Avez-vous constaté des changements sur vos patients ?

Oui. Sur le plan diététique et de l'activité physique. Il y a eu des changements spectaculaires. Le moteur pour la motivation à l'activité physique est important. Et comme d'habitude, comme pour les diabétiques de type 1 au CHU : « Je freine des quatre fers pour y aller et au retour je suis enchanté d'y être allé ». Le dernier compte-rendu que j'ai reçu, le patient est

passé de 9% à 7,5% avec surtout un changement de perception de la maladie. Elle était vécue comme le gros boulet et est devenue plus contrôlable pour lui.

Céline : Quelles répercussions avez-vous noté dans votre pratique après le passage de patients à ProxYDiab 38 ?

(Hésitations). Je continue à adresser car je suis intimement persuadée de l'intérêt de cette structure. Je tente toujours de les convaincre : ils y vont ou ils n'y vont pas.

Oui car j'utilise dans les comptes rendu, les résultats de l'entretien éducatif dont les obstacles, pour renforcer les points soulevés étant difficiles. Ça personnalise la prise en charge.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous eu des difficultés d'interactions avec ProxYDiab 38 ?

Non aucune difficulté.

Les retours de courrier sont complets. Il y a beaucoup de pages mais c'est concis avec des items assez courts. Une interaction directe, il n'y en a pas trop finalement. On remet le flyer au patient avec l'adresse et on attend. (Rires).

Céline : Comment pensez-vous continuer à interagir dans la durée ?

(Hésitations).

Dans la mesure où il y a le courrier de retour. Les patients peuvent demander à refaire un module. Peu de contacts directs entre nous et ProxYDiab 38. Est-ce que ça serait utile qu'il y en ait ? Je ne sais pas. En cas de problème ou pour des questions sur un patient, ils peuvent nous appeler.

Céline : Que pensez-vous du suivi téléphonique qui sera mis en place tous les six mois ?

Oui, j'ai vu ça. Je pense que c'est intéressant car au début du changement, les patients ont envie de se sentir épauler dans la durée. C'est naturel dans le processus d'éducation : ce n'est pas parce qu'on a fait quelque chose au temps T que ça va forcément durer. Il faut y revenir et ré-insister : c'est le but de ces appels.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Si on m'embauche ! (Rires). Pourquoi ne pas participer à des séances car c'est peut être différent par rapport à ce que j'avais vu dans les semaines dédiées au type 2. Pourquoi ne pas assister à un module et voir ce qui s'y fait.

Céline : Seriez-vous intéressée si ProxYDiab 38 proposait des FMC sur des thématiques éducatives ?

Oui, j'irai facilement.

En a parte : c'est une structure qui est plus adaptée aux personnes retraitées. Pour les jeunes, c'est hors de question car il faut prendre congé et ce n'est pas envisageable pour la grande majorité. C'est la limite à cette structure, mais c'est pareil pour le CHU. En plus, l'image de l'hôpital est plus anxiogène, cette structure les rassure un peu.

Les modules c'est bien mais il faut que les gens soient disponibles.

C'est ça qui est étonnant : la difficulté à convaincre. Ça m'intéresserait de savoir comment certains médecins arrivent à convaincre leur patients. Soit il n'y a pas de discussion possible, c'est comme ça, ça fait partie du traitement. Qu'est ce que je rame pour les convaincre, je suis peut-être trop laxiste. Mais ce n'est pas le principe de les forcer, c'est eux qui doivent le décider.

Entretien réalisé au cabinet de E1 le 22/03/2011 à 12h, entretien de 17 minutes 37 secondes.

Entretien MG4

Céline : Merci beaucoup en tout cas. Il me faut pour débiter une fiche descriptive. Tu es une femme. Quel âge as-tu ?
51ans.

Céline : Où exerces-tu ?

A Grenoble, place Gustave Rivet.

Céline : Depuis quand es-tu installée sur Grenoble ?

Depuis 1988.

Céline : Ton année de thèse ?

1987.

Céline : Ton mode d'exercice ?

Libéral et salarié en tant que médecin coordinateur de maison de retraite.

Céline : As-tu fait des FMC cette année ?

Pas encore cette année mais quatre l'année dernière axées gérontologie.

Céline : En as-tu fait en ETP ?

Oui en octobre 2010 avec un laboratoire pharmaceutique et une psychologue en thérapie comportementale...avec étude des freins, comment motiver le patient, évaluer ses capacités et essayer de le faire entrer dans le système.

Céline : Quel pourcentage de ta patientèle est diabétique de type 2 ?

Pas mal (Hésitations). 10%, je dis peut-être une bêtise. Non en fait, 20%.

Céline : L'entretien est divisé en trois parties : la première concerne l'ETP, la seconde ProxYDiab et il se finit par des perspectives. Je pense que tu sais en 2009, est parue la loi HPST. Elle met l'ETP au centre des soins de premiers recours et comme priorité nationale.

En quoi cette loi a-t-elle modifiée ta pratique ?

En rien. Déjà, on ne nous l'a pas présentée. Le patient n'a pas été informé. Par voie de presse, des fascicules ont été envoyés mais sans retentissement pour les patients. Je suis sûre que si on leur pose la question, ils ne connaissent pas.

Céline : Quelles ressources perçois-tu pour faire de l'ETP au cabinet ?

(Hésitations). C'est faire comprendre qu'il n'y a pas que les médicaments qui vont agir sur leur maladie. Il faut qu'ils se prennent en charge de façon plus globale. Par exemple, ils mangent du bio et à côté, ils ne font rien.

Ce n'est pas facile car l'ETP prend du temps. Pour bien les informer, ça prend plus que vingt minutes de consultation ou il faudrait une consultation que pour ça.

Céline : Quelles sont tes autres difficultés pour une approche éducative au cabinet ?

Un patient qui n'a pas envie de bouger, la motivation du patient et le temps.

Céline : Nous abordons la deuxième partie concernant ProxYDiab 38. Comment as-tu connu ProxYDiab 38 ?

Par une formation avec une présentation du projet de ProxYDiab 38 par Pr Halimi. C'était juste avant que ça démarre. Pour nous, c'est intéressant car il y a du temps, c'est parler de la maladie d'une autre façon pour faire comprendre au patient les tenants et les aboutissants de sa maladie. Le versant activité physique est bien développé car ensuite ça tend à l'oubli : c'est important que le patient se bouge. Il y a aussi le bouche à oreille et on en a parlé à notre groupe de pairs.

Céline : A quel patient as-tu proposé ProxYDiab 38 ?

A trois patients diabétiques de type 2, chez des patients plutôt mal équilibrés qui ont du mal à bouger. Des gens plutôt en surpoids en manque d'activité physique. Il y avait un frein : je n'arrivais pas à proposer des choses, seule. Sur le plan diététique, ce n'est pas évident pour nous. On fait une enquête alimentaire mais je pense qu'ils omettent de nous dire certaines informations.

Ce sont des patients qui étaient demandeurs, qui avaient envie car ils sentaient qu'ils avaient besoin d'aide. Ces patients sont retraités, vers 60 ans ou alors en invalidité.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative ?

C'est la première fois qu'on nous proposait un réseau comme ça avec une prise en charge globale. Le fait que ce soit pris en charge à titre financier : c'est important pour le patient parce que c'est une motivation en plus si c'est gratuit. Les envoyer chez le diététicien, c'est plus difficile. La manière dont c'est fait me paraît intéressante.

Céline : Quels changements as-tu noté chez tes patients qui ont suivi ProxYDiab 38 ?

Ils sont tous ravis et ont trouvé ça bien. Par contre des gros changements, non. Alors, j'exagère car il y a des changements dans leur manière de considérer leur maladie mais c'est difficile d'appliquer ce qu'on leur a dit. Leur Hba1c est stable mais ce sont des patients qui sont les plus difficiles. Leur poids n'a pas bougé.

Céline : Avec quels arguments as-tu réussi à les convaincre ?

Eux, c'était facile. Je n'ai pas eu de difficultés à les convaincre car c'est gratuit. J'essaie de présenter les choses de façon attractive, sans contrainte. Il n'y en a aucun qui a refusé.

Je présente la structure en précisant les trois pôles de prise en charge. Je leur dis qu'ils ont du mal à prendre en charge leur maladie et qu'un avis extérieur peut être utile. Les patients sont contents dès qu'on leur propose une offre gratuite.

Céline : As-tu noté des répercussions dans ta pratique après le passage de tes patients ?

Pas forcément. Sauf que je sais que je peux continuer à envoyer des gens. On ne peut pas avoir des résultats immédiats. Il faut le temps que le patient s'approprie cette démarche. Nous, on a beau dire les choses, ce n'est pas toujours appliqué.

Céline : Quelles relations as-tu avec la structure ? As-tu eu des difficultés ?

Pas de difficulté. C'est vrai qu'on se décharge sur la structure car le patient doit prendre ses rendez-vous. Nous, on donne l'information. Comme c'est une démarche du patient, il faut qu'il se prenne en charge : il faut qu'il prenne ses rendez-vous, il doit y aller. Pas de difficulté car ils sont toujours bien accueillis. Les horaires sont adaptés et la structure s'adapte aux exigences des patients.

Céline : Gardes-tu des relations avec la structure ?

Non mais peut-être ne fait-on pas assez de retour. Je ne l'avais pas vécu comme ça. On reçoit le courrier d'évaluation mais après il n'y a pas de suivi de notre part, ni par la structure pour arriver à fédérer le patient s'il manque de motivation.

Céline : Pour poursuivre la prise en charge, comment pourrait-on faire à ton avis ?

Je pense qu'il faudrait qu'il y ait un peu plus d'interactions une fois que l'ensemble de ProxYDiab 38 s'est mis en route. Peut-être reconvoquer le patient pour faire le point, voir avec nous où on en est et si on a des difficultés, peut-être les recontacter et voir ce qui nous ait proposé. Mais on avait l'impression lors de la présentation que c'était un moment unique. Il n'y avait pas forcément un suivi. On propose au patient et les cartes sont dans les mains du patient et il se débrouille. Le retour par la suite, c'est qu'on a des difficultés à trouver des salles pour faire du sport adapté. Car les patients en surpoids sont gênés. Même si on leur dit qu'il faut faire du sport, les patients sont livrés à eux mêmes et ils n'ont pas de volonté. Donc on essaie de les remotiver : vous avez fait ceci et cela. On se heurte à des difficultés. Il faudrait peut-être une association pour avoir des salles spécialisées sans stigmatiser les gens. L'important c'est que les patients se sentent à l'aise pour faire de l'activité physique avec d'autres personnes. Pour la diététique, on peut les adresser au diététicien. C'est plus le versant de l'activité physique que la motivation est difficile à obtenir.

Pourquoi ne pas travailler dans la continuité de l'activité physique ? C'est là où c'est le plus difficile.

Céline : Quel intérêt trouves-tu au compte-rendu ?

Oui, il a un intérêt. Il est utile car il y a toujours une différence entre ce que dit le patient et ce qui s'est passé à ProxYDiab 38. On peut reprendre les points travaillés par ProxYDiab 38 et demander au patient où il en est dans sa progression.

Céline : Un suivi téléphonique va être mis en place tous les six mois. Qu'en penses-tu ?

Oui, c'est bien. Ça permet de faire un suivi et qu'on n'a pas fait une rencontre ponctuelle qui ne sert à rien. On peut voir où en sont les gens.

Céline : Quel rôle aimerais-tu avoir dans cette structure ?

Pour l'instant, aucun par manque de temps. Peut-être que dans six mois, je ne dirais pas non. Je ne me sens pas forcément très formée : après ProxYDiab 38 peut proposer des FMC. Ce que j'aimerais c'est travailler sur l'activité physique car ça m'intéresse et je serai partante plus que sur le versant médical pur. Je pourrais consacrer deux heures de temps pour faire des activités, sortir marcher comme encadrant sans m'impliquer sur le plan médical pur.

Céline : Quelles pathologies fréquentes pourraient bénéficier d'une telle offre éducative ?

L'obésité sans diabète, l'insuffisance cardiaque mais il y a déjà un réseau plus ou moins performant, la polyarthrite rhumatoïde, les maladies inflammatoires du sujet jeune pour leur redonner confiance qu'ils sont capables de faire des choses. Les maladies chroniques invalidantes avec un handicap et un retentissement physique, professionnel. L'HTA...

Céline : Serais-tu intéressée si cette structure proposait des FMC tout particulièrement en ETP ?

Pourquoi pas.

Les plus : je présente la structure en précisant les trois pôles de prise en charge. Je leur dis qu'ils ont du mal à prendre en charge leur maladie et qu'un avis extérieur peut être utile. Les patients sont contents dès qu'on leur propose une offre gratuite.

S'il n'y a plus de financement, ça tombe à l'eau.

Chacun s'exprime, ce n'est pas imposé. Le manque de motivation des patients fait qu'ils y vont moins.

Entretien réalisé au domicile de MG4 le 22/03/2011 à 15h, entretien de 16 minutes 57 secondes.

Entretien MG5

Céline : Merci de me recevoir. L'objectif de mon travail est d'évaluer les facteurs qui facilitent ou freinent l'ETP au cabinet des médecins généralistes et évaluer la perception de ProxYDiab 38 ?

Bon courage. Moi, ça fait 15 mois que je suis en libéral donc je n'ai pas forcément la bouteille.

Céline : Ne vous inquiétez pas. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Quel est votre âge ? 43ans.

Céline : Votre année de thèse.

2005.

Céline : lieu d'exercice.

Saint Egrève.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé ?

2009, avant j'étais médecin urgentiste.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral, seul au cabinet.

Céline : L'année dernière, avez-vous fait des FMC ?

Officiellement, quatre formations médicales continues et des soirées laboratoire sur un thème.

Céline : En avez-vous fait sur l'ETP ?

Non, je n'en ai jamais fait.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Aucune idée. Quand je fais de la médecine, je ne fais pas des statistiques. Mais j'en découvre beaucoup, il y en a beaucoup. A la louche, un patient sur dix. Quand on cherche, on trouve. Je fais des visites à domicile chez des patients qui ont un médecin traitant en congés, je demande les antécédents et les dernières prises de sang. Je leur annonce parfois un diabète. Il y a un problème des médecins qui laissent passer quand c'est le début du diabète...

Céline : Nous allons débiter l'entretien qui est divisé en trois parties : la première concerne l'ETP, la seconde ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et au centre de la prise en charge du patient dans les soins de premier recours. En quoi cette loi a-t-elle modifiée votre pratique ?

Je ne la connais pas et ça n'a rien changé pour moi. C'est déjà ce que je fais. On pisse dans un violon.

Céline : Quels sont les facteurs qui peuvent faciliter une approche éducative au cabinet ? Quelles ressources percevez-vous pour faire une approche éducative au cabinet ?

Le temps, il m'en faudrait. Ça faciliterait ma pratique. Quand je commence à expliquer à quelqu'un qu'il a un diabète et comment il faut qu'il se prenne en charge de façon non médicamenteuse, c'est une consultation de plus d'un quart d'heure et les patients s'accumulent en salle d'attente.

Le deuxième problème c'est que les patients ne comprennent rien s'ils n'ont pas quelqu'un derrière eux.

Le troisième problème, c'est qu'ils me disent ce qu'ils veulent au cabinet : ils mangent tous très bien, y compris les diabétiques.

Céline : Quelles ressources avez-vous au cabinet ?

J'ai des fiches sur les dyslipidémies, l'alimentation.

Céline : Voyez-vous d'autres difficultés que celles que vous abordez ?

L'aspect psychologique, les gens qui consultent veulent le médicament qui va les soigner. L'éducation, ... C'est difficile en France. Le patient vient chercher un médicament et non un soin.

Céline : Nous passons à la deuxième partie. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Par une soirée organisée par un laboratoire sur le diabète et les incrétilines. Je n'ai pas regretté la soirée, car j'ai pu parler du diabète avec les confrères qui n'en peuvent plus.

C'était un petit mot à part concernant ProxYDiab 38. C'était un des laboratoires finançant ProxYDiab 38 en plus des organismes d'état.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Comme je te l'ai dit, je viens de récupérer des patients et j'en ai des nouveaux. ProxYDiab 38, c'est pour le diabétique avec des critères de disponibilité. C'est donc souvent des personnes âgées retraitées. Ce qui est dommage car c'est souvent l'homme de 40 ans cardiaque avec de nombreux facteurs de risque qui en aurait besoin, et lui il ne va pas y aller. Il est diabétique, gros avec des problèmes cardiaques. C'est qu'il a un mode de vie pourri par son travail avec une mauvaise alimentation et il n'aura pas le temps d'aller à ProxYDiab 38 même quelques heures par semaine. Souvent ce sont des retraités.

J'en parle systématiquement. J'ai très peu de réponses favorables. Ils me disent toujours oui mais ils n'y vont pas tous.

Leur HbA1c est entre 7 et 8 %.

Ce sont des patients sédentaires avec des troubles du comportement alimentaire. Sédentarité au sens physique, pour toutes les classes d'âge. Pour ceux en activité professionnelle, il n'y a plus de respect du rythme biologique.

Céline : Comment essayez-vous de les convaincre ?

Je n'ai pas envie de leur donner trop de traitements. Je leur explique que la première des prises en charge, c'est l'hygiène de vie. C'est le patient qui décide. J'ai une mauvaise image du diabète : c'est une maladie infernale. Il y en aura de plus en plus quoi qu'on fasse.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative ?

C'est toujours le même problème : celui de l'argent. La santé c'est gratuit. On ne doit pas payer. Aller dire à quelqu'un d'aller voir une diététicienne : on retrouve l'obstacle financier. Il n'y a pas d'argent à avancer à ProxYDiab 38 donc ça facilite l'accès. J'ai moins confiance au diététicien car je ne connais pas leur métier. Je crains les arnaques. J'ai confiance en ProxYDiab 38 car c'est pluridisciplinaire et il y a une intervention médicale.

Céline : Et par rapport à un diabétologue ?

On ne va pas encombrer ses consultations. Il a peut-être plus de connaissances que moi. Ils sont suivis par les diabétologues une fois par an.

Il faudrait voir les patients une fois par mois pour redire les conseils mais ils n'aiment pas venir. Ils font leur course pour trois mois.

Céline : Quels changements avez-vous noté chez vos patients ?

Aucun. Ils y vont, ils sont passifs. Ils sont contents d'être allés à ProxYDiab 38. Je n'ai pas l'impression qu'ils ont mis en pratique les conseils qu'on a pu leur donner. On n'est pas diabétique par hasard : c'est le cercle vicieux.

Je pense à une patiente : typique cette dame. Je l'ai envoyée à ProxYDiab 38, 7,8% en novembre et en février 8%. Que fait ProxYDiab dans l'affaire ? On peut tout faire pour ces gens mais on n'y arrive pas.

Céline : Quelles répercussions dans votre pratique le passage d'un patient a-t-il eu ?

Aucun, je continue à les envoyer.

Je leur donne le flyer, je leur remplis, je leur explique mais ce sont des consultations qui prennent du temps. Les gens disent oui mais ils s'en foutent.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ?

Aucune, je leur ai demandé des flyers et ils m'en ont envoyés. J'ai reçu un courrier que je n'ai pas eu le temps de le remplir. Moi je fais de la médecine et c'est déjà bien.

Céline : Donc merci pour moi !

C'est calme en ce moment, c'est pour ça.

Céline : Comment pensez-vous continuer à interagir avec ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge de vos diabétiques de type 2 ?

Je n'ai pas d'avis sur la question.

Céline : Que pensez-vous du compte-rendu de fin de passage ?

Il est bien. Je constate qu'il y a un sacré boulot qui est réalisé à ProxYDiab 38 et que peu de choses changent quoi qu'on fasse.

Je les lis rapidement : je devrais plus m'en servir. Ça peut servir d'appui.

Céline : Un suivi téléphonique va se mettre en place tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

Super ! C'est une lutte permanente pour réactiver les patients. Il ne faut pas les lâcher : peut-être les revoir, les reconvoquer.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Je ne sais pas. Je pense que je n'aurai pas le temps. Je pense que ce n'est pas mon job. Mon job c'est de prendre en charge les gens au cabinet, de ne pas m'éparpiller.

Céline : Une des dernières questions. Quelles pathologies que vous rencontrez au quotidien pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'insuffisance cardiaque, l'asthme : ce sont des pathologies potentiellement graves. Les problèmes cardiovasculaires. L'obésité... C'est une catastrophe. Les patients obèses, je ne sais pas quoi en faire. Les patients boulimiques.

Je discute avec les gens : je ne me contente pas de leur dire de maigrir. Je prends du temps. Le problème, on a beau leur expliquer ; s'il n'y a pas de suivi régulier, rien ne change.

J'ai trouvé un correspondant médecin généraliste qui fait de la psychothérapie pour les patients avec troubles du comportement alimentaire. Donc je lui envoie des patients.

L'obésité chez les enfants : il n'y a rien à faire...

Céline : Il ne faut pas dire ça !!!

J'ai un exemple en tête. Je dois aller à domicile car la mère ne peut pas l'emmener. En allant à domicile, on comprend tout. C'est un milieu défavorisé, la mère est nourrice. Elle fait tout ce qu'elle peut. Il y a des gâteaux apéritifs, des sucreries, la télévision est allumée.

Je suis urgentiste de formation : la médecine aiguë, j'aime bien. Cet aspect de la médecine générale, j'ai du mal à m'y faire et ce n'est pas ma tasse de thé.

J'ai besoin d'aide pour mes patients obèses.

Souvent la maladie est une conséquence de notre mode de vie. Il y a le point de vue du patient sain qui meurt brutalement et qui voit tous les gens qui vivent mal mais en bonne santé. Le regard du médecin qui comprend que certains n'ont pas de chance. C'est notre quotidien où beaucoup de gens ont peu d'hygiène. C'est la société qui veut ça.

Céline : Seriez-vous intéressé si ProxYDiab 38 proposait des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Pour une prise en charge diététique ? (Hésitations). Non je n'irai pas. Les gens on ne les change pas. Ce ne sera pas une perte de temps de me former à l'ETP du diabétique, mais ça sera une perte de temps au cabinet. Le peu de conseils, de messages que j'essaie de faire passer au cabinet en consultation ne sont pas complets mais essentiels, mais ils ne passent pas. Ce n'est pas en rajoutant d'autres suites à une formation, que ça changera quelque chose. Je ne crois pas.

Entretien réalisé au cabinet de MG5 le 25/03/2011 à 17h, entretien de 25 minutes 19 secondes.

Entretien E2

Céline : Je suis interne en 9^{ème} année de médecin générale et je fais ma thèse sur l'ETP et la perception de ProxYDiab 38 des médecins généralistes et endocrinologues de la région grenobloise.

Pour débiter, j'ai une fiche descriptive. Vous êtes une femme, quel est votre âge ?

52 ans depuis trois jours. (Rires).

Céline : Votre année de thèse ?

1987.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Meylan.

Céline : Depuis quand êtes-vous sur Meylan ?

Depuis 1993 mais avant je me suis installée à la Tronche en 1988.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral. Je n'ai plus de vacation au CHU car je manque de temps. Je n'ai plus de fonction ailleurs mais je vais à l'hôpital pour des réunions tous les jeudis soirs, pour des EPU.

Céline : Cette année, avez-vous fait des FMC ? Si oui combien ? Y-en avait-il concernant l'ETP ?

Je me forme régulièrement. Je vais à des congrès, mais moins l'année dernière. Je vais régulièrement à Paris en novembre à la journée de diabétologie et thyroïde, au congrès à St Petersburg. J'en ai un à la rentrée. Deux ou trois congrès par an. Jeudi soir, nous avons une réunion avec Pr Benhamou en formation. La semaine prochaine, on a un EPU sur le syndrome d'apnée du sommeil avec les pneumologues. Quand c'est ici, j'y vais tout le temps. Quand c'est sur l'agglomération, à Lyon j'essaie. On a beaucoup de formations d'organisées et j'essaie d'y aller le plus souvent possible.

Les FMC rémunérées c'est pour les médecins généralistes. Le problème c'est quand on y va, on n'est pas au cabinet.

Céline : En avez-vous fait sur l'ETP ?

C'est une bonne question ! (Hésitations). Je suis allée aux journées franco suisses en janvier sur le diabète mais c'était plus sur la recherche. En fait pas trop, sauf peut-être sur l'insulinothérapie fonctionnelle.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

J'ai beaucoup de thyroïde. Le diabète de type 2, les généralistes les envoient peu. Je vais regarder sur la semaine : c'est représentatif. (Hésitations). Trois par jour... Environ 20, 25 %.

Céline : Ensuite c'est l'entretien en lui-même avec trois parties : une sur l'ETP en général, une sur ProxYDiab 38 et enfin une question d'ouverture.

En 2009, la loi HPST mettait l'ETP comme priorité nationale. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique ?

Disons, que je trouve que je suis peu sensible au bla bla politique. (Rires). C'est la mode de la politique actuelle. Beaucoup de bruit pour rien. Pour l'instant, c'est très à la mode. C'est sûr qu'il faut impliquer le patient à la prise en charge de sa pathologie, surtout chronique. De l'ETP, on en fait tout le temps. Après mettre des mots, des cadres, je ne sais pas... Ça fait bien 30 ans que de l'ETP il y en a à l'hôpital, de qualité en plus. Au cabinet, on essaie de sensibiliser les patients surtout en fonction du contexte de vie, du feeling avec eux, de ce qu'on arrive à leur faire admettre et accepter. Les grandes théories, c'est bien mais ce n'est pas forcément pratique.

C'est vrai que j'envoie tous mes patients en éducation. Avant, il y avait beaucoup de délai au CHU : on arrivait à les motiver pendant la consultation et ils avaient six mois d'attente pour aller en éducation au CHU. Ils oubliaient. Donc ils disent oui pour me faire plaisir sans être motivé. Avec des emplois du temps qui changent une fois le RDV pris. Maintenant, les délais sont plus réduits.

Pour moi, est-ce que cette loi a changé quelque chose ? J'attends : je n'aime pas trop les nouveautés et je ne suis pas prête à foncer.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

La difficulté, c'est le temps. C'est de l'argent ! Le temps, c'est sûr : il y a beaucoup de choses dans une consultation. Si on pouvait revoir les patients plus souvent : le problème c'est que les généralistes ont peur qu'on leur prenne leur patient. Donc il faut être attentif à ça. C'est stupide car en une seule fois pour faire de l'éducation, on n'a pas le temps. En effet, le patient qui vient sous bithérapie voire trithérapie à 9 %, pour tout voir en même temps, c'est impossible. Quelquefois selon les médecins ou les patients, on a la possibilité de les revoir. Le patient au bout de trois quart d'heure a son attention qui diminue. J'essaie de faire le plus possible dans ma consultation mais je pense que c'est une erreur selon les gens. Reconvoquer les patients, les suivre c'est mieux.

La relation avec les médecins généralistes peut être une difficulté. Ceci dit, au cabinet on ne peut pas faire aussi bien qu'en groupe avec des supports visuels, audiovisuels. Dans ce sens, le service de l'ETP de l'hôpital offre un meilleur service par les repas pris en commun. Le plus, c'est que ce soit sur des jours en continu avec une dynamique de groupe, plus d'échanges, apports de connaissance. Les exercices autour d'un repas,...

Les supports, même si j'en avais, je n'aurais pas le temps de m'en servir. Des exercices, des questionnaires, des supports visuels concernant les graisses pour aider à visualiser mais il faut bien connaître ces supports. Pour moi, l'ETP n'est pas suffisante au cabinet. C'est pour ça que les services d'ETP sont importants. J'ai conscience de ne pas faire aussi bien que les services d'ETP. Parfois, certains patients ont des bases : on répond à leurs questions. Je leur conseille des sites Internet pour qu'il puisse s'informer. Pour certains, on peut faire suffisamment d'information en ambulatoire.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour faire de l'ETP au cabinet ?

Les fascicules donnés par les laboratoires en les lisant avant ! Je les envoie sur « santé, manger, bouger ». Pour les menus, je fais un programme alimentaire personnalisé avec des groupes d'aliments à adapter en fonction de la saison, de leur goût, d'organiser leur menu. Pour les recettes, il existe des sites.

Céline : Nous passons à la seconde partie concernant ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Je fais partie de l'association « Adélie » et Céline Farre nous a présenté le projet il y a deux ans. Au moment, où ProxYDiab 38 débutait.

Céline : Avez-vous envoyé des patients à ProxYDiab 38 ?

Non.

Céline : Pourquoi ?

Il y a plusieurs choses.

Je suis très contente du service d'ETP du CHU et mes patients sont pris plus rapidement depuis l'ouverture de ProxYDiab 38. Je pense aussi que le fait de rester sur place c'est mieux sur le plan pédagogique. Enfin se libérer trois jours d'un coup, c'est plus simple que d'aller plusieurs demi-journées à ProxYDiab 38.

Je suis contre le mode de recrutement par l'accès direct des médecins généralistes qui adressent directement à ProxYDiab 38. Finalement, déjà on voit peu de patients dans ceux qu'on devrait voir. Le généraliste qui a peur de perdre son patient, l'envoie à ProxYDiab 38 pour l'éduquer. Et le suivi derrière ? D'ailleurs, on s'est accroché là dessus à la première réunion. Comme à l'hôpital, il est nécessaire d'avoir un diabétologue référent pour avoir un suivi ensuite. Je comprends l'intérêt que les généralistes puissent adresser. Mais il y a sûrement quelque chose que je n'ai pas compris. Avaient-ils peur qu'il n'y ait pas assez de personnes et que la structure ne soit pas assez alimentée ? Contrairement à l'ETP à l'hôpital, plusieurs patients ont été déçus. Par définition, ce n'est pas moi qui les ai adressés. Deux patients ont dit que c'était compliqué et pénible d'y retourner tout le temps. Le problème, c'est se garer en ville, l'accessibilité n'est pas terrible. Un de mes patients m'a dit qu'il allait arrêter. Mais j'ai peu de retour.

Céline : Donc l'accessibilité et le fait que les médecins généralistes puissent adresser directement font partie de vos freins ?

Je trouve que les patients sont trop peu vus par les diabétologues. Le problème, une fois passé à ProxYDiab 38, il n'y a plus de suivi.

Céline : Plus ou moins.

Moi j'avais compris qu'il n'y avait pas de suivi ni de modification de traitement. J'ai compris qu'il y aurait seulement des propositions thérapeutiques sans suivi. Par contre, il reste à disposition mais c'est contradictoire.

Céline : Il y a un suivi téléphonique tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

Le patient n'est pas en face de vous. Il nous raconte ce qu'il veut. Vous ne le pesez pas, vous ne voyez pas son bilan. Le diabète, ce n'est pas que des glycémies. Sa tension et son bilan lipidique sont-ils corrects ? A-t-il eu sa consultation ophtalmologique ? Si le généraliste le fait, ça va mais en général, les consultations durent moins de 10 minutes...

C'est un piège et une erreur.

Céline : De quels critères auriez-vous besoin pour adresser à ProxYDiab 38, en imaginant que l'ETP n'existe pas au CHU ?

S'il n'y avait pas le CHU, j'enverrai quand même des gens. Priorité à la santé du patient. Il faut qu'il soit bien géré. L'éducation est indispensable à un moment ou à un autre. Le plus tôt possible : enfin, peut-être pas tout de suite car ça fait beaucoup de choses d'un coup. C'est à adapter à l'implication des patients et leur faculté à intégrer. Il faut le faire à un moment dans la prise en charge.

Céline : A quels patients vous proposez une ETP ?

Pas tout de suite, c'est sûr. Si je vois qu'on a des difficultés à passer des messages. Les personnes qui ont envie de s'impliquer : je les informe. Selon les résultats biologiques et si je vois qu'il y a une marge de manœuvre diététique et que je n'arrive pas à les équilibrer. Il faut que les patients voient d'eux mêmes ce qu'il y a à faire. J'en parle assez tôt pour qu'ils sachent que ça existe.

Céline : Qu'attendez-vous d'une structure éducative pour vos patients et votre pratique ?

J'ai déjà bien répondu, non ? Que pourrais-je dire d'autre ? (Hésitations).

Il serait bien que les patients aient une information sur le diabète en général et des informations pratiques sur la diététique. C'est le nœud du problème. Il faut qu'on les aide à cerner leurs problématiques pour ce qu'ils font soit compatible avec leur mode de vie, actif ou non.

Céline : Et pour votre pratique ?

Eux, ils ont plus de temps. Ils ont des supports visuels, des jeux, c'est ludique. Le côté groupe est important : parfois ils gardent contact et ils se font des repas diététiques. Ils sont contents de voir qu'ils ne sont pas les seuls. Ils arrivent mieux à accepter leur maladie. Une personne âgée va se dire « le jeune, c'est plus dur pour lui car il travaille » et le jeune « on peut vivre vieux même avec le diabète ». Ils trouvent du sens. C'est un partage d'expérience. Le côté groupe c'est aussi rassurant.

Au cabinet, on trouve autre chose avec une relation privilégiée. Je suis touchée par leur fidélité et j'essaie de faire au mieux pour eux. J'arrive à connaître leurs difficultés et je peux jouer sur le côté affectif...

Céline : Par quels moyens pourrait-on garder un contact avec ProxYDiab 38 après le passage d'un patient ?

Si c'est le diabétologue qui adresse le patient, c'est au moment où il pense que c'est quand ce sera le plus rentable pour en retirer quelque chose d'intéressant. Il faut voir ce qui a été fait et ce qui va rester au fil du temps. Essayer de voir les gens tous les trois mois pendant un an. Mais ça fait boule de neige... Reconvoquer les mêmes groupes. C'est une bonne idée.

A ProxYDiab 38, c'est seulement le suivi téléphonique. Le problème, c'est que changer ses habitudes c'est difficile et les mauvaises reviennent au galop. C'est facile de reprendre les mauvaises habitudes. Il faut faire des efforts de privation...

Céline : En fin de séjour, il y a un compte-rendu, qu'attendriez-vous de ce dernier ?

Au CHU, le compte-rendu contient les résultats biologiques, les actions qui ont été faites et les propositions évoquées. Parfois, je ris car je connais le patient et je sais que ça fait dix ans que j'essaie de le convaincre ! (Rires). Ce sont des promesses immédiates mais l'idée fait son chemin.

A distance avec le compte-rendu, on peut s'en resservir pour motiver le patient sur les mêmes bases. Finalement, avec l'équipe on arrive à cerner le patient et ses difficultés. Nos perspectives sont parfois ambitieuses : on demande beaucoup pour avoir un peu de résultat.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Non pas trop. Ça me saoule. (Rires). Au début, c'est moi qui m'occupais de l'éducation au CHU ; je trouvais ça super mais ça prend du temps. Il faut répéter toujours la même chose... La patient ce n'est jamais le même, le contact et le relationnel sont différents. C'est la grande richesse. Mais globalement on dit toujours les mêmes choses. Au bout d'un moment... Au CHU, la diététicienne est là depuis 30 ans... Heureusement que les choses changent.

L'avantage en consultation c'est qu'on a des thyroïdes, de l'ostéoporose, des dystrophies ovariennes... Il n'y a pas que de l'éducation. On peut aussi faire les deux en mixte mais le temps manque... Le risque c'est qu'il n'y ait plus de vie personnelle. C'est répétitif aussi.

Il faut passer un temps certain au cabinet sinon on ne vit pas surtout en endocrinologie. Nous, nous n'avons pas d'actes, ce n'est que des consultations souvent longues. Le cardiologue, lui il fait l'échographie, l'épreuve d'effort... Par exemple, on a des patients qui rappellent pour leurs résultats, on doit faire les courriers. Je reçois beaucoup de mails à trier. C'est moins compliqué que le téléphone. Il y a au moins 50% de travail en plus des consultations. Sans compter les formations.

Céline : L'interne qui fait sa thèse !!!

Non, c'est sympa, ça !

Céline : Seriez-vous intéressée si ProxYDiab 38 proposait des formations sur des thématiques éducatives ?

Oui, oui.

J'ai fait de l'ETP dans les années 85 et puis je me tiens au courant. Retourner suivre une éducation à l'hôpital mais je ne peux pas me permettre de ne pas travailler pendant quelques jours. Pour me remettre à jour, car il y a plein de choses pratiques que je ne sais pas. Oui, ça m'intéresserait pour avoir des idées pédagogiques.

Céline : C'est fini, merci beaucoup en tout cas.

Les plus en dehors de l'entretien : question sur la thèse, mon cursus et le moment de soutenance de la thèse.

Il y a des choses à faire en médecine générale. Médecine variée, diversité des consultations.

Attachement à notre travail : nécessité de prendre du temps pour le suivi des diabétiques.

Reprise de la relation avec les MT : aide des spécialistes, travail en partenariat. Assez de travail sans se battre...

Sensation de ceux qui connaissent le moins de choses, envoient le moins de patients. Faire du mieux possible en connaissant ses limites.

Parfois, les spécialistes envoient aussi à leur généraliste : au moins une fois par an pour un contrôle général. Importance du dépistage.

La nouvelle génération et les femmes sont peut-être plus à l'écoute avec moins de pression financière. Elles vont au bout des choses.

Les généralistes ont beaucoup de travail. Reconvoyer en cas de besoin.

Le dépistage n'est pas dans la tête des gens.

Importance de se tenir au courant et se reconvertir s'il n'y a plus de plaisir au travail.

Entretien réalisé au cabinet de E2 le 29/03 à 16h30, entretien de 40 minutes 15 secondes.

Entretien MG6

J'ai une réunion ce soir sur le diabète avec Pr Benhamou à 20h30.

Céline : Normalement, il me faut 15 minutes, je devrai vous libérer à l'heure. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

50ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1990.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble Sud dans un quartier populaire.

Céline : Depuis quand êtes-vous sur Grenoble ?

1990.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

En libéral avec un associé. Et je suis au club de football, deux soirées au GF38.

Céline : Avez-vous fait des FMC cette année ?

Oui, je fais les soirées surtout en cardiologie. J'en fais deux par mois.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Je suis allé aux soirées organisées par les diabétologues. J'ai fait les deux réunions concernant ProxYDiab 38. Sinon, pas de formation en ETP.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

(Hésitations). C'est difficile à chiffrer. Les diabétiques, j'en vois énormément car j'ai une forte population maghrébine.

J'ai beaucoup de patients jeunes... Beaucoup de diabétiques...qu'est-ce qui disent les autres ?

Céline : Je ne triche pas !

J'en vois plus que les autres !!! On dit 15 %.

Céline : Nous abordons maintenant l'entretien en lui même. L'objectif de la thèse est d'évaluer les facteurs qui freinent ou favorisent l'implication de médecins généralistes pour faire de l'ETP. Evaluer quelle perception ont les médecins de ProxYDiab 38. Pour ce faire l'entretien est divisé en trois parties : une concernant l'ETP en général, une sur ProxYDiab 38 et enfin deux questions d'ouverture.

En 2009, la loi HPST met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. Pour vous, en quoi cette loi a-t-elle modifiée votre pratique en ETP ?

En rien car ça toujours été mon attitude surtout avec le diabète où ça semble une évidence.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

(Rires). Ce sont les variations culturelles.

Céline : Je m'attendais au temps !

Ah, non, non. On les fait revenir souvent. Il y a un suivi et un sérieux pour toutes les pathologies chroniques. Comme l'HTA, les insuffisants respiratoires. Pour le diabète, ce sont des gens qui ont une culture défavorisante pour le diabète.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour faire une approche éducative au cabinet ?

Il y en a pleins. C'est une vaste question.

Le poids, le critère biologique avec l'HbA1c. Ça dépend des gens. J'ai peu de documents car beaucoup ne savent pas lire. Je leur donne des régimes mais ce n'est pas toujours suivi. C'est pour ça que ProxYDiab 38, c'est bien. C'est une application pratique. Ça fait longtemps qu'on en parlait. Ils prennent les gens et on leur explique l'intérêt de l'exercice physique, comment cuisiner en pratique. Vraiment en pratique. Les mots ont une limite...Je ne vois pas autre chose que ces structures très pratiques : on pourrait aller cuisiner avec eux. Je ne vois pas ce qu'on peut faire d'autre.

Vu les résultats, il faut rester très modeste. Un mois après leur avoir expliqué des choses, ils sont revenus à leurs habitudes. C'est décourageant mais on s'acharne. Il ne faut pas se décourager.

Céline : Nous allons passer à la seconde partie concernant ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

On en parlait avec Pr Halimi depuis des tonnes de réunions et on en ressentait tous le besoin. Il m'a expliqué les difficultés qu'il a eues. Je suis prêt à le soutenir dans cette démarche. On avait parlé d'implanter cette structure dans le quartier. Au final, ce n'est pas très loin. J'ai suivi le projet avant sa naissance. Donc, je n'ai pas de mal à en parler. Je suis allé aux réunions et ça se passe très bien.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Moi, je vais un peu plus loin que les indications car j'ai envoyé un patient sous insulinothérapie. J'envoie même des patients au début de leur diabète. Je propose à tous mes patients, et ceux qui sont volontaires. Je suis assez surpris de voir que les patients sont contents même si au départ je pensais l'inverse. Il y a des gens qui me promettent qu'ils vont y aller et qui n'y vont pas. C'est curieux. D'autres patients qui s'abandonnent dans leur diabète : j'ai des cas dramatiques. Par exemple, une jeune fille de 25 ans, diabétique de type 2 qui a aimé ProxYDiab 38 et ça l'a relancée.

Je les adresse pour la diététique, l'activité physique, pour tout.

Ceux qui veulent y aller, y vont. C'est la motivation. J'ai envoyé tous les niveaux : niveau scolaire très bas accompagné par leur famille ; des gens plus intellectuels. Beaucoup de mes patients ne travaillent pas ou alors ils ont un diabète après la retraite. L'accessibilité et le fait que les gens puissent être actifs n'est pas un écueil.

Je ne les envoie pas sur le critère d'équilibre. C'est la vision de l'ETP et pour la pérennité des soins. Il faut pouvoir les traiter le plus longtemps possible. Je le propose systématiquement.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, diabétologue, diététicien, nutritionniste ?

J'envoie aux diabétologues quand je n'y arrive pas. Mais je pense que je n'y arrive pas trop mal. J'envoie les cas difficiles ou particuliers aux spécialistes.

Pour moi, c'est une application différente de la prise en charge médicale. Ce sont des travaux pratiques pour leur expliquer. Le fait que ça soit pluridisciplinaire avec le vécu du diabète. Si les patients ont des résultats, ils sont contents, ça les motive et ça joue sur le versant psychologique.

Céline : Avez-vous noté des changements chez les patients qui sont passés à ProxYDiab 38 ?

Moi, pas tellement. Je n'ai pas eu des résultats biologiques probants. Les patients m'en ont parlé en bien. Je n'ai pas eu de perte de poids, ni de baisse de l'Hba1c. Il y a eu des corrections auxquelles je ne m'attendais pas. C'est un complément de ce qu'on peut proposer. J'ai des patients qui ont trouvé ça passionnant.

Céline : Avez-vous noté des répercussions sur votre pratique après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?

Non, j'ai pu corriger des erreurs que je faisais. Il y a des choses qu'on n'imagine pas. Par exemple, dans un couple, car c'est une histoire de couple et de famille : les deux comprennent le diabète de façon différente. Ça peut entraîner des erreurs. Quand on voit le patient, il ne nous dit pas ce que fait sa femme pour le diabète. Le côté couple qui va à ProxYDiab 38, c'est bien même si c'est difficile à organiser.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous eu des difficultés ?

Non aucune difficulté. J'ai peu de relations. J'envoie ma petite fiche toute faite. Je reçois des comptes rendus que je trouve peu utiles.

Céline : Développez !

On ne m'avait pas bien compris. Je ne vois pas ça pour nous, je vois ça uniquement pour le patient. Sauf si on fait des erreurs à corriger, des choses non comprises que le patient ne nous rapporte pas. Ça peut être utile dans ce cas d'avoir les comptes rendus. Sinon, c'est une perte de temps. Je n'envoie pas les gens à ProxYDiab pour corriger leur diabète comme j'envoierai à un spécialiste. J'envoie pour le patient. Donc, je n'ai pas trop besoin d'un compte-rendu.

Céline : Vous servez-vous de certains éléments du compte-rendu pour appuyer votre discours ?

Non pas tellement car on revient dans notre plan précédent où on leur dit toujours la même chose. Là, ProxYDiab met en pratique ce qu'on dit : c'est pour ça que ça rentre mieux et que les gens font mieux. On leur retient la main quand ils mettent trop d'huile d'olive. C'est pratique, on peut leur dire dix mille fois mais s'ils ont l'habitude de le faire. Leur redire, leur rabâcher, ça ne sert à rien.

Si on peut faire gagner du temps, ProxYDiab peut ne pas m'envoyer de compte-rendu. Je ne serai pas fâché.

Céline : Comment pensez-vous continuer à interagir dans la durée avec ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2 ?

Toujours pareil. J'envoie la plupart des gens qui peuvent et veulent y aller. Tous mes diabétiques, au début de leur prise en charge, chez les gens qui font des erreurs. Je dois oublier des gens mais j'envoie facilement.

Eviter les oublis... Je pense que ce qui est pas mal, c'est le coup de fil de temps en temps. Les gens aiment beaucoup et me le rapportent. C'est un moyen de remémorer tout ça. On pourrait même demander si les patients veulent refaire des ateliers pour revoir leurs difficultés.

C'est le plus utile. Les gens ne me racontent pas tout de ce qui s'est passé à ProxYDiab 38. Ils ont dû oublier. Mais ils gardent probablement une activité physique. Il faut remettre ça sur le tapis et dans leur tête. La fréquence de tous les six mois me semble bien : il ne faut pas trop les assommer.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Pas plus que maintenant. Nous inviter aux réunions pour dire notre ressenti. J'avais parlé du compte-rendu et demandé qu'il ne fallait pas de cours trop théoriques avec notre clientèle. Les patients ont été surpris au début et ils ne comprenaient pas tout. Au final, ce n'était pas trop professoral car ils ont apprécié.

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'insuffisance respiratoire, la BPCO. Elle doit revenir souvent. (Hésitations). Vous ne m'aidez pas ?

Céline : Je ne peux pas souffler !!

L'obésité en général. (Hésitations). Je n'ai rien qui me vient en tête. L'ETP en post infarctus, mais c'est déjà bien mis en place. Ça touche moins la vie courante : diminution du sel, ils font du sport car ils ont eu peur et ils réagissent. C'est traumatisant.

Plus d'idée.

Céline : Seriez-vous intéressé si ProxYDiab 38 développait des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Pourquoi pas ? Mais ce n'est pas ce qu'on fait déjà ?

Céline : Pas tout à fait. Ça serait des FMC pour les médecins.

J'en fait déjà.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup. Auriez-vous des choses à rajouter ?

On a quasiment tout dit. Mais j'aurais dû me préparer avant !!! Je vais me dire, j'ai oublié de lui dire ça.

Céline : Vous avez mon numéro au cas où !

Peut-être comment arriver à motiver les gens qui s'abandonnent. La prise en charge des diabétiques est compliquée car il y a un côté familial important.

Hier, j'ai vu une famille où le père a négligé son diabète et la mère aussi. Le mari est hypertendu, dyslipidémie et fumeur. Patient très opposant, refusant l'insuline. Est arrivé, ce qui devait arriver. Il a fait un AIT et il est mort. La famille a ressenti

que c'étaient les médecins qui l'ont tué. La famille part dans le diabète sans suivi. Un problème plus fréquent que l'on croit. C'est une maladie chronique où les patients ne voient peu de bénéfices par la médecine. Il nous faudrait des armes.

J'ai un patient qui parle à peine français, avec deux infarctus avec peu de séquelles. Il prend le traitement une semaine avant la consultation. Les gens à la mosquée lui disent que ses traitements sont poisons. Quand il vient, ses chiffres sont catastrophiques. Je convoque la famille que je connais bien. Je leur dis : votre papa ne prend plus ses traitements. Je voulais que vous soyez témoin que je fais mon possible et que je ne pourrais pas être tenu pour responsable. Son Hba1c redescend puis remonte car à nouveau il est allé à la mosquée !

C'est la technique du désespéré.

Céline : Il ne faut pas dire ça ! La barrière de la langue entre en jeu au quotidien ?

Oui, c'est une barrière car certains patients ont peur de rien comprendre. C'est pour ça que je ne voulais pas des cours compliqués. En plus, c'est le premier qui est compliqué et j'ai peur qu'ils se braquent. Je n'ai pas eu de retour comme ça. J'ai une grande population qui ne parle pas français. Ils ont peur d'y aller car ils ne savent pas lire. Je les pousse à y aller avec leurs enfants mais je ne sais pas s'ils y sont allés.

Les gens n'écoutent pas du tout même les spécialistes.

L'activité physique c'est important : marcher au parc. Je ne mets pas de gras, je mets de l'huile d'olive ! Les maghrébins prennent des bols d'huile d'olive quand ils sont malades.

Céline : Merci beaucoup.

Entretien réalisé le 29/03 au cabinet de MG6 à 18h30, entretien de 29 minutes 20 secondes.

Entretien MG7

Céline : Merci de me recevoir. Ma thèse concerne l'ETP et ProxYDiab 38. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?
56 ans.

Céline : Votre année de thèse ?
1985.

Céline : Votre lieu d'exercice.
Pont de Claix.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée dans la région ?
1988. C'est ma première installation.

Céline : Votre mode d'exercice ?
Exercice individuel, en libéral et des vacations en santé scolaire à 20 % depuis 1987.

Céline : Avez-vous fait des FMC cette année ?
Oui, deux par semaine en moyenne.

Céline : en avez-vous fait en ETP ?
Oui, avec Pr Halimi, Pr Benhamou et d'autres endocrinologues.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?
J'en ai pas mal. Quand je me suis installée, il n'y en avait pas. Et maintenant, je suis incapable de vous dire. Peut-être un sur dix, facilement. Et c'est de pire en pire.

Céline : Nous passons à l'entretien en lui-même qui est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture.

En 2009, la loi HPST est parue et mettait l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique ?

Ça ne l'a pas changée. En fait, ici, on a la chance d'avoir un hôpital avec un service d'ETP. J'ai envoyé un certain nombre de patients qui y sont allés et qui y retournent régulièrement car suivis par l'hôpital. On a cette chance là : et donc j'étais très partante pour ProxYDiab 38. Ça n'a rien changé car je faisais déjà de l'ETP.

Céline : Quelles sont les difficultés que vous percevez au cabinet pour avoir une approche éducative ?
Je répète les messages et j'y passe beaucoup de temps. Donc le problème c'est quand même le temps. Les patients ne sont parfois pas d'une réceptivité fabuleuse, ont beaucoup de blocages et de freins. Je leur dis de marcher pour aller à la supérette quand il fait beau. Une minorité suit mais la majorité ne suit pas. Pour ce qui est du régime, ils pensent puis ils oublient !
(Téléphone).

Céline : Le temps est une difficulté pour vous.
Mais le temps, j'essaie de le prendre. C'est pour ça que je suis en retard dans mes consultations. Mais il y a beaucoup de freinages de la population maghrébine. Je leur dis de marcher : c'est très limité. C'est une marche pépère avec beaucoup de bancs et de blabla !

Le régime... J'ai une patiente diabétique avec une insuffisance cardiaque à qui je rends visite. Elle buvait le thé avec des copines et sur la table il y avait un bol de sucres pour toutes ces femmes un peu obèses et peut-être diabétiques.
(Téléphone)

Céline : Toujours les difficultés.
Le frein ethnique est lourd à gérer. Les femmes, on leur dit de faire du sport, ce n'est pas dans leurs habitudes. Le seul sport, c'est aller chercher les enfants à l'école. C'est déjà bien. Quant au régime, même si elles ne mangent pas de sucre, mais le gras...c'est difficile.

L'intérêt de l'ETP pour moi, c'est qu'elles peuvent être ensemble avec d'autres personnes qui ont la même chose. Ce n'est pas que le docteur qui dit, ce sont aussi les collègues du groupe. Mais il y a des difficultés à les adresser à ProxYDiab 38 même si ce n'est pas des patients d'origine maghrébine. J'en ai envoyé mais personne n'y est allé. Est-ce un problème de motivation, d'accessibilité de l'endroit ? Je ne sais pas. Je n'arrête pas de leur dire mais je ne peux pas faire tout à leur place.

Céline : Quelles ressources vous percevez au cabinet pour avoir une approche éducative ?
Moi quand je fais de l'ETP. Je cible par rapport au patient en face de moi. Les limites il y en a. J'avais des supers documents sur les sucres qui rampent, courent et marchent ! J'ai des fiches de régime, sur les dyslipidémies. Le sport sous forme de document aussi. Le problème, c'est que j'ai des patients qui ne savent pas lire. Les documents pour les enfants sont intéressants car ils peuvent reprendre leurs parents.

Céline : Seconde partie. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?
Par un EPU sur l'ETP. Comme ça m'intéressait, j'y suis allée. Il y avait Pr Halimi, Céline Farre et Dr Carpentier. Ensuite, je suis allée à une ou deux réunions. Il y avait aussi les diététiciennes de l'éducation, une infirmière.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38 ?
Non !! Non !!

Céline : Vous avez adressé des patients. Du coup, à votre avis pourquoi ne sont-ils pas arrivés à ProxYDiab 38 ?
Ceux qui sont d'origine maghrébine, j'ai briefé les enfants. Le problème, c'est qu'ils ont une activité professionnelle donc ils ne peuvent pas emmener leur mère. La difficulté c'est ça. C'est l'accessibilité. Les patients n'osent pas prendre le tram.

J'ai une patiente d'origine française qui a fait l'ETP au CHU ; je lui ai dit qu'une piqûre de rappel, ça serait bien. Elle n'a toujours pas pris rendez-vous et en plus en ce moment, elle a une sciatique. C'est difficile de les motiver pourtant c'est un produit fabuleux !

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Ceux avec qui je me tire des balles !!! (Rires). Mais finalement, ce n'est peut-être pas les mieux. Sinon, les patients qui commencent un diabète de type 2, je leur en parle et on voit. Je leur en reparle puis rereparle si le diabète ne va pas bien. Je leur donne leurs coordonnées, je fais des plans, je leur donne le numéro de téléphone, je leur donne le site pour ceux qui savent faire.

Je me demande. C'est quelque chose qu'on avait soulevé avec Pr Halimi. Ça serait de faire une antenne locale. Il y a énormément de diabétiques à Pont de Claix. S'il y avait une série de cours d'ETP au centre social, avec une possibilité de s'inscrire. Ils font bien des cours de français. Si on travaille en amont... Si c'était à proximité, ça irait. Prendre le tram pour eux, c'est comme aller à La Mecque pour nous ! C'est compliqué pour eux. Il y en a qui ne sortent pas en dehors du magasin où elles ont l'habitude d'aller. Lutter contre ses peurs, c'est difficile. Mon succès est tout relatif quand je leur dis il faut prendre le bus et le tram.

Sinon, ce sont des patients qui ont des problèmes d'observance. C'est évident. Par exemple, une patiente suivie avec Hba1c haute, la diabétologue augmente la metformine sauf que la patiente n'en prenait plus à cause de diarrhées. Elle avait une observance très très médiocre. Je l'ai proposé à cette dame : sa fille était très intéressée mais elle travaille. La mère gère la maison et il y a toujours à manger. Je lui ai dit qu'elle me fait peur. Elle est en surpoids.

Céline : Pourquoi avoir proposé ProxYDiab 38, plutôt qu'une autre alternative, type diabétologue, diététicienne ?

C'est clair pour la diététicienne. Ici, beaucoup de personnes ont des difficultés financières. C'est la gratuité ici car sinon ce n'est pas la peine d'en parler. L'avantage du tout groupé fait qu'on a un panel de possibilités une fois qu'on est entré dans ProxYDiab 38. C'est super. Les délais au CHU sont plus longs. La diminution de l'offre au CHU : avant c'était une semaine, maintenant c'est trois jours. C'est peu de chagrin.

Je suis partante pour ProxYDiab 38.

Céline : Qu'attendez-vous de cette structure pour vos patients ?

Je dis des choses mais c'est un peu plaqué. Vous, vous voyez les gens sur un laps de temps plus important et dans un contexte où il peut avoir des discussions avec les gens. Il y a des choses que je ne peux pas percuter car je ne suis pas chez eux. Je vois parfois quand je suis chez eux : le coup du kilo de sucre. Moi quand j'amène du café à quelqu'un, j'en mets trois. Ça m'a fait rire.

L'exercice physique : je ne peux pas. J'attends une reprise, une répétition par différents professionnels et ça converge pour inciter les gens. L'incitation du groupe. C'est à dire un échange entre patients et ça peut être productif, surtout si c'est un groupe de maghrébin. On ne peut parler régime de la même façon avec des arabes, des turcs, des afghans qu'avec des français de souche. Ce n'est pas correct : c'est vraiment différent.

Céline : Y a-t-il une barrière de la langue ?

De leur idée à elles, oui. Selon moi, il n'y a pas toujours les enfants et on se débrouille bien. J'ai un certain nombre d'arabes. Elles disent qu'elles ne comprennent rien et qu'elles ne sont pas capables de parler. Mais c'est tout à fait faux. Par exemple, j'ai en tête une patiente où sa fille l'accompagne souvent mais elle comprend très bien. Si elles sont entre maghrébines, il y en a une qui sort le bon mot en français et ça améliore les choses.

Céline : Quels changements attendez-vous chez vos patients ?

Une meilleure prise en charge de leur diabète avec de l'activité physique et une implication nutritionnelle. Une meilleure connaissance, ce n'est pas faute de leur expliquer. J'explique toujours de la même façon mais peut-être une autre façon d'expliquer peut-être plus percutante. S'il y a plusieurs intervenants, il y aura des ficelles différentes.

Céline : Qu'attendez-vous de cette structure pour votre pratique ?

J'ose espérer que ça soit plus facile pour moi. Que je sois plus efficace sur les patients.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée avec ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge du patient ?

Ça serait bien qu'il y ait un rendez-vous tous les six mois pour faire le point d'une autre façon que nous en essayant de voir le plus possible. Vous êtes des pros pour ne rien oublier. Il faut aussi ré inciter les gens.

Céline : Actuellement, il existe un suivi téléphonique tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

Oui mais pas pour les personnes arabes. Pour les personnes françaises, ça peut être bien. J'ai une histoire d'un patient sous xenical¹. Il s'était inscrit à un programme santé, poids. On fixait un rendez-vous avec une diététicienne par téléphone avec le même référent. Plusieurs patients en ont bénéficié. Il a beaucoup apprécié et il y a eu un bon suivi. C'était génial. Il avait eu une réduction du poids mais le problème n'a pas été résolu.

Céline : Il y a un compte-rendu de fin de passage, qu'en attendriez-vous ?

Ça peut très bien m'ouvrir les yeux sur des problèmes, des difficultés que je n'aurais pas vus. Ça peut me permettre de cibler une difficulté car je n'ai pas vu le patient dans ce contexte.

Je suis super partante et je n'arrive pas à en pousser un dans la structure.

Céline : Comment faire pour vous aider à faire connaître la structure ?

J'en parle. Je dis que c'est super. Je l'ai proposé à un patient qui travaille. C'est ça aussi le problème. Les horaires, ce sont des horaires de bureau. Je le rebassine. Il est routier donc l'accessibilité n'est pas le problème. Il manque de motivation peut-être. Je ne désespère pas de vous l'envoyer : il est diabétique depuis récemment.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Celui que j'ai actuellement. Un lien avec la structure par le biais d'être le médecin généraliste. Pas plus par manque de temps.

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

Le diabète c'est une évidence. L'insuffisance cardiaque. Les anticoagulants avec la gestion des INR pour la compréhension des gens. La thyroïde et ses pathologies, c'est parfois compliqué. Les angors, les insuffisants rénaux. L'asthme, j'en ai peu mais ça peut être intéressant car ils viennent en décompensation. La rhumatologie pas trop. Les insuffisants respiratoires et la BPCO et là aussi il y a des pathologies dues au poids. On retombe sur la question de la diététique et l'activité physique. L'obésité qui est poly factorielle et ça a énormément de conséquences dans plein de domaines.

Je mettrai l'obésité en premier puis l'insuffisance cardiaque. Même s'il existe le RESIC, je n'ai pas l'impression que c'est les patients entre eux. Il existe aussi un problème de faisabilité : la mobilité est donc limitée par l'état de santé.

Je n'ai pas de patients insuffisants cardiaques dans ce réseau pour des raisons de disponibilité et de temps. Mais ça serait intéressant d'avoir un suivi.

Céline : Seriez-vous intéressée si ProxYDiab 38 propose des FMC tout particulièrement en ETP ?

Oui. Bien sûr. Je suis partante. Je trouve que c'est fabuleux et on a de la chance d'avoir à l'hôpital cette éducation thérapeutique. Il y a un élan génial dans ce domaine. Nous, on est bloqué en ville. Les diététiciennes, les gens ne peuvent pas y aller trois fois pour des raisons financières.

Pourquoi ne pas avoir un pack plutôt qu'une hospitalisation à 2500 euros la journée. Il pourrait exister un pack diététique pris en charge. Pas au long cours. Mais si c'est pris en charge, les gens iraient plus. Il faudrait trouver une diététicienne arabe avec leur culture, leur langue et se spécialiser dans le problème de poids de maghrébins. Il y a une discordance entre le fait qu'on doit prendre en charge de mieux en mieux les diabétiques et le fait qu'on est limité à 200 bandelettes par an maintenant. Je trouve cela scandaleux.

Céline : Merci en tout cas.

Au plaisir, tenez-moi au courant lors de votre soutenance.

Entretien réalisé le 31/03/2011 à 10H00 au cabinet de MG7, durée de 23 minutes 16 secondes.

Entretien MG8

Céline : Merci de me recevoir. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les facteurs qui peuvent impliquer ou freiner les médecins généralistes dans l'ETP. Par ce biais, évaluer la perception de ProxYDiab 38.

Pour commencer, il me faut une fiche descriptive. Tu es une femme. Quel âge as-tu ?

40 ans.

Céline : Ton année de thèse ?

2000.

Céline : Ton lieu d'exercice ?

Grenoble.

Céline : Depuis quand es-tu installée sur Grenoble ?

1999.

Céline : Ton mode d'exercice ?

Libéral avec deux associées. J'ai eu une activité salariée en HAD pendant quelques mois.

Céline : As-tu fait des FMC cette année ou l'année dernière ?

Oui, une par mois plus des séminaires de weekend end (trois en tout), puis les groupe de pairs.

Céline : En as-tu fait qui concernait l'ETP ?

Il y a deux, trois ans avec un médecin de la sécurité sociale mais ce n'était pas très vif. J'ai coanimé une réunion avec Pr Halimi sur un traitement antidiabétique. J'avais été sollicité par le laboratoire en tant que modérateur.

Céline : Quel pourcentage de ta patientèle est diabétique de type 2 ?

(Hésitations). Je dirai 8 % environ. J'ai une population plutôt jeune. Maximum 10 %.

Céline : Nous abordons l'entretien en lui même. Il est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture avec des perspectives.

En 2009, est parue la loi HPST qui prône l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée ta pratique en ETP ?

(Hésitations). Ecoute. Les patients sont plus ouverts et sont plus capables d'entendre qu'est ce que leur maladie. Certains veulent se prendre en charge ou l'entourage les pousse à se prendre en charge. Ça n'a pas énormément changé ma pratique : j'étais déjà sensibilisée par le biais de mes études. Je suis minutieuse par rapport au suivi du diabète. C'est trop grave, il y a trop de complications : on n'a pas le droit de laisser autonome ces malades. Par contre, la conscience professionnelle du médecin est nécessaire mais il y a le problème d'observance des patients.

Céline : Quelles difficultés perçois-tu pour avoir une approche éducative au cabinet ?

L'observance des patients : ils prennent rendez-vous quand ils veulent. Quand il y a des résultats franchement pathologiques, on les rappelle. Mais ils sont libres, il ne faut pas les forcer.

Le problème de la langue, le barrage de la langue, le barrage culturel. Certains pensent résoudre leur maladie avec des plantes médicinales locales, magiques en Chine ou Afrique du nord. Ils reviennent et c'est la catastrophe car ils sont à 12 %. Ça c'est difficile. La barrière de la langue et culturelle.

Le problème du niveau socio économique. Ceux de bas niveau socio économique ont des problèmes d'équilibration du diabète.

La question du temps de consultation. Malheureusement, on est limité par le temps. J'essaie de consacrer trente minutes facilement aux diabétiques mais on peut difficilement faire plus. Ou, on essaie de les faire revenir : on n'est pas sûr qu'ils reviennent car ils ont d'autres choses à faire. Il faut être performant et rigoureux avec une organisation dans sa tête.

Mais, ça ne marche que si le patient a compris : donc il faut l'éduquer. L'ETP en diabète : c'est aussi aller voir un spécialiste. Parfois pour des questions financières, on est un peu coincé. Quand il faut mettre sous insuline. On aime copiloter.

L'idée, c'est qu'avant il n'y avait que l'hôpital qui pouvait faire de l'ETP. Proxydiab serait une bonne idée pour ça.

Céline : Quelles ressources perçois-tu pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Les ressources. Le carnet de suivi, c'est sûr. L'infirmière. Ça peut être une interne lors d'une consultation. Prendre le temps et avoir une consultation spéciale régime.

J'ai élaboré personnellement à partir de tableaux d'index glycémiques, d'ouvrages, une fiche signalétique d'une page qui résume tout. Tout ce qui faut savoir quand on est diabétique. Ce qu'est le diabète, à partir de quel seuil, quelles sont les complications, le rythme de suivi et les grandes lignes du régime avec le tableau d'index glycémiques. Après la révélation du diagnostic, ils partent avec ça et ils m'en reparlent la consultation suivante. On gagne du temps pour la consultation donc ça m'aide. C'est précis, accessible et souvent j'y associe une fiche sur les dyslipidémies.

Le fait d'être médecin traitant, ça permet de revoir les patients. On ne prescrit pas toujours un traitement, il y a d'abord le régime. On revoit le patient et on adapte avec les résultats. S'il y a une bonne observance, ça peut marcher ; s'ils n'ont pas pris leur traitement, ils peuvent se décourager.

Céline : Comment as-tu connu ProxYDiab 38 ?

Par des plaquettes. J'ai reçu au cabinet des plaquettes très bien faites. Expliquant ce que c'était, avec tous les intervenants et un mot de Pr Halimi. Je me suis dit : très bonne initiative. C'est les flyers dont je me sers. Ce n'est pas l'hôpital, l'organisme est très bien.

Céline : Aucun de tes patients n'est inscrit actuellement à ProxYDiab 38. En as-tu adressé ?

Oui.

Céline : A quel patient as-tu proposé ProxYDiab 38 ?

Quelques patients peu observants, ou étrangers ou qui ont besoin de temps d'explication dont une chinoise qui a une maladie génétique. J'en ai parlé aux conjoints de patients diabétiques. Je n'ai pas de patients qui y sont allés. J'aimerais les convaincre.

Je les adresse quand ils sont sous traitements et qu'on patine un peu. Soit ils ne suivent pas bien leur traitement ou ils sont dans leur déni. Je sens qu'ils ont besoin d'être convaincus du bien fondé du traitement. Ou quand ils ont des complications pour éviter que ça s'aggrave.

Céline : A ton avis, pourquoi ne sont-ils pas venus ?

J'en ai parlé sans faire suivre des faits. Ils sont suivis par le spécialiste donc ils trouvent que ce n'est pas nécessaire. La langue est un frein et ils ont peur de ne pas comprendre. Peut-être que je n'ai pas assez insisté : mais j'ai en tête les patients qui peuvent en bénéficier. Le frein du manque du temps, des gens qui travaillent : déjà, c'est difficile de se libérer pour voir le médecin généraliste. Il faut vraiment qu'ils soient acculés pour se libérer du temps. Le problème, le diabète ne fait pas mal.

Céline : Te manque-t-il des arguments pour proposer ProxYDiab 38 ?

Le proposer par la sécurité sociale elle-même. Il faudrait que comme pour les visites chez le dentiste pour les adolescents, une proposition par la sécurité sociale. Un rendez-vous pour votre diabète vous est proposé de telle date à telle date. En plus, il y a un engouement pour les bilans de santé. Ils se sentiraient coachés, assistés. On est dans une société d'assistés. Il faut peut-être que ça passe par une autorité. Mettre en balance le remboursement et les dépenses liées à l'ALD en regard de ProxYDiab 38. Si c'est un élément indispensable du suivi, ils s'approprieraient la question. Si ça reste optionnel, ils ne le feront pas. La motivation du patient est importante. Une incitation sécu, pourquoi pas.

Céline : Qu'est ce qui t'incite à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative comme une diététicienne, un diabétologue, ... ?

J'aurais plus envie de ProxYDiab 38 car c'est multidisciplinaire. Plus efficace en gagnant du temps. Le principe est super : c'est vraiment ce dont on a besoin. Il faut que les gens s'approprient ça. C'est un passage incontournable de leur suivi. Il ne faut pas que ça soit limité aux patients compliqués, aussi associer les jeunes diabétiques qui débutent.

Il n'y a pas de problème d'accessibilité. La gratuité est essentielle.

Céline : Qu'attends-tu de cette structure éducative pour tes patients ?

Un suivi, une observance de mes patients, une amélioration des résultats glycémiques, moins de complications et un soutien en pratique car on n'a pas le temps de tout faire. Par exemple pour un renouvellement de traitement, il faut aussi penser à la mammographie, à la densitométrie osseuse, le traitement hormonal substitutif, les problèmes de déprime de la cinquantaine... « Pourrais-je avoir un courrier pour le dermatologue ? » C'est sans fin, même s'ils viennent tous les trois mois, ils ont toujours quelque chose. Les problèmes cardiovasculaires associés, les visites chez le cardiologue, l'ophtalmologue, c'est chronophage.

Céline : Qu'attends-tu de cette structure éducative pour ta pratique ?

Une aide. Un allègement dans la prise en charge de l'éducation nutritionnelle. On garde de l'énergie et amélioration de notre qualité des soins.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir avec ProxYDiab 38 dans la durée pour faciliter la prise en charge du patient ?

Il faudrait instaurer une visite annuelle à ProxYDiab 38, je pense que ça pourrait suffire.

Céline : Actuellement, un suivi téléphonique est fait tous les six mois ?

Ce n'est peut-être pas suffisant. Il faut revoir les gens physiquement, qu'ils soient convoqués.

Céline : Il y a aussi un compte-rendu de fin de passage, qu'en attendrais-tu ?

Une idée pronostique. Quel est le ressenti de ProxYDiab 38, quels sont les risques à court et moyen terme. Les difficultés du patient où il faut mettre l'accent. Le pronostic pour pouvoir dire : il faut faire plus attention, vous vous faites bien. M'appuyer sur les problématiques du patient pour appuyer mon discours.

Céline : Quel rôle aimerais-tu avoir dans cette structure ?

Je n'aurai pas le temps pour l'instant mais être correspondant, c'est sûr.

Céline : Dernière partie. Quelles sont les pathologies que tu rencontres au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'asthme tout particulièrement chez l'enfant, les allergies, c'est sûr. La psychiatrie avec la gestion de la souffrance au travail. Il faut du coaching plutôt que des psychotropes. Les maladies chroniques, le cancer avec l'accompagnement pluridisciplinaire du cancer, la psychologie, l'esthétique, la reprise de confiance. Ça existe pour les femmes jeunes qui ont eu un cancer du sein.

L'obésité chez l'enfant.

Céline : Si ProxYDiab 38 proposait des FMC tout particulièrement en ETP, serais-tu intéressée ?

Oui. Absolument.

Entretien au domicile de MG8 le 31/03/20011 à 11H15, entretien de 17 minutes 49 secondes.

Entretien MG9

Céline : Merci de me recevoir. Je suis interne en 9^{ème} année en médecine générale. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs facilitant l'implication des médecins généralistes et la vision de ProxYDiab 38 que vous ne connaissez pas pour l'instant. Et du coup, évaluer quelles sont vos attentes pour une telle structure éducative.

Pour débiter, il y a une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Il me faut votre âge ?

43 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1997.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Gières.

Céline : Depuis quand êtes vous installée dans la région de Grenoble ?

Depuis 2001.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral avec deux associées en cabinet de groupe.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an en moyenne ?

Oui. J'ai dû en faire deux ou trois.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Non jamais.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

10 %, je dirai. On a beaucoup d'enfants.

Céline : On débute l'entretien. Il est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde les structures éducatives et donc ProxYDiab 38 et enfin une ouverture et des perspectives.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP en priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle modifié votre pratique en ETP ?

En rien. Je fais de l'ETP. De toute façon, les diabétiques de type 2, c'est nous qui faisons la découverte. Avant de mettre un traitement, on discute, on les met sous régime. Il y a beaucoup de gens dans cette population qui ne veulent pas voir de spécialistes. Du coup, ça n'a rien changé pour moi.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

Je pense que je n'ai pas assez de temps. (Rires). Il faut dire, redire et répéter. On a l'impression qu'on les prend pour des débiles et qu'on leur dit toujours la même chose. Il faut marquer des choses, noter des régimes. Malgré tout ça, c'est long. Ils réagissent parfois quand ils voient un autre intervenant, le spécialiste, un copain dialysé. Ça peut faire tilt et leur faire poser des questions. C'est difficile de ne pas baisser les bras.

C'est fatiguant. Nous, on a envie que ça marche ! On y croit quand ils nous disent « j'ai arrêté le sucre ! ». C'est difficile de les motiver.

Je ne vois rien d'autre.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

(Hésitations). J'utilise un appareil de glycémie capillaire. Je leur explique que le rein c'est le filtre de la cafetière et qu'en mangeant du sucre, il se caramélise. J'utilise des choses imagées. C'est difficile car ils ne se sentent pas malades. Je pense que parfois, je leur fait peur quand je n'ai plus d'arguments. J'impose, je suis directive. Mais ça ne marche pas non plus ! Je n'ai pas de supports particuliers. Par rapport aux conseils diététiques, j'ai des supports que je me suis faits où je montre les aliments, ce qu'il faut diminuer. Je leur explique l'index glycémique. Quand ils ont compris comment ça se passe, c'est plus simple. Pour faire diminuer le sucre, il faut le consommer donc bouger. Les quelques patients qui ont bénéficié d'ETP au CHU ont mieux imprimé que ceux ou c'est moi qui les informe. Ils ont passé du temps en journée complète et ça augmente l'impact.

(Téléphone).

Céline : Qu'est ce qui pourrait pour vous faciliter ?

J'essaie de consacrer une journée par mois à l'ETP. Peut-être il faudrait que j'ai une formation ou que je sois plus structurée. Il faut instaurer petit à petit. Moi je leur balance tout d'un coup. Je vois bien nous en formation, nous retenons deux ou trois informations. Une consultation où on va parler que de l'activité physique, que du repas du soir, ça peut m'aider. Le fait d'être médecin traitant peut aussi nous aider car on peut revoir les patients.

Céline : Connaissez-vous ProxYDiab 38 ?

Non.

Céline : C'est une structure multidisciplinaire avec des diététiciennes, des APA, une infirmière et une diabétologue. Il y a différents ateliers à la carte concernant la diététique et l'activité physique. Qu'attendriez-vous d'une structure éducative pour vos patients diabétiques de type 2 ?

Pouvoir adresser dès la découverte du diabète. (Hésitations). Qu'on fasse un suivi en accord, en partenariat avec le médecin généraliste. C'est important de savoir quelles informations ils distillent pour que nous ayons le même discours. Au départ, qu'il y ait un suivi très régulier. Par exemple, quand on dit aux gens, faites moi un planning de vos repas, ils ne nous l'amènent pas. Une collaboration pour nous laisser le temps de nous occuper des médicaments, du suivi biologique.

Céline : Qu'attendez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?

Une aide. Ils seraient là pour des piqûres de rappel. On leur explique qu'il faut marcher. On revient toujours au problème du temps.

Céline : A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38 ?

Je pense qu'il faut le faire dès le départ. Je pense que le proposer assez systématiquement, c'est bien. Je ne pense pas qu'il faut faire une sélection des patients. Tous ont la même information au départ. Ceux qui lâchent un peu, peuvent avoir des piqûres de rappel.

Céline : Par quels moyens, cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Pas de diffusion courrier. Quand on reçoit des courriers comme ça, on se dit : c'est de la publicité. On ne sait pas ce que ça vaut. Je pense qu'il faut le nom d'un référent. Après le nom des spécialistes qui travaillent avec ProxYDiab 38, c'est important. Il faudrait des réunions de présentation car c'est différent d'un flyer de pub. Le problème, les réunions, je ne les fais pas toutes. Ça peut soulager la structure de l'hôpital.

Céline : Comment une telle structure pourrait continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge du patient ?

En sortant de ProxYDiab 38, le patient doit avoir un compte-rendu de ce qui lui a été proposé. Avec le compte-rendu, on a la même information que celle du patient. Si on a un souci, pouvoir les rappeler facilement pour des conseils, ça peut être bien. De même, quand on sent qu'un patient doit revenir à ProxYDiab 38 car il aurait besoin de revenir chez vous. Peuvent-ils y retourner quand ils veulent ou c'est le médecin qui décide ?

Céline : Pour l'instant, il n'y a pas de retour dans la structure. Par contre il y a un suivi téléphonique tous les six mois.

En tout cas qu'on puisse dire que ce patient, ça lui a fait du bien mais il faut qu'il y retourne une journée. Après ils ont un mail. C'est pratique pour leur dire avec tel patient on a tel problème. Le compte-rendu doit vraiment contenir ce qu'on a dit au patient : c'est important pour nous d'avoir vos propositions. Les gens entendent puis relèvent certaines choses moins importantes.

Le détail ce qui a été dit et fait. Il pourrait aussi contenir les éléments sur lesquels il faut insister par exemple l'activité physique.

Céline : Que verriez-vous d'autre pour le suivi ?

Non, rien d'autre.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

C'est la question piège !!! Maintenant concrètement, je n'ai pas le temps. Après, c'est se dire j'ai envie de le faire et je consacre du temps à ça. Pour l'instant je n'ai pas envie. Mais ça peut être un moyen d'apprendre d'autres choses.

Céline : Dernière partie de l'entretien. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

(Hésitations). Où il faut une démarche éducative ? ... Je pense aux gens qui ont des lombalgies, des douleurs aux épaules qui ont un problème avec leur lieu de travail. Quand je les envoie chez le kiné, je leur dis de prendre les conseils du kiné. Le kiné fait ça, mais c'est long à expliquer.

Une éducation alimentaire à la population en général. J'ai un patient qui a décompensé un diabète de type 1 à 35 ans. Toute sa famille est allée à l'éducation à l'hôpital. Sa femme était ravie et fait attention en faisant la cuisine.

Je vois beaucoup d'enfants : il faut reprendre des choses pour lutter contre l'obésité. Je ne veux pas faire la police. Il faut que les gens soient demandeurs. Il faut y aller avec tact.

Céline : Si ProxYDiab 38 proposait des FMC, seriez-vous intéressée ?

Oui, ça m'intéresserait sauf si c'est le samedi. C'est dur les séminaires de week-end.

Céline : Ça s'arrête là. Merci beaucoup en tout cas.

Je peux garder le flyer ?

Echange des coordonnées de ProxYDiab.

Renseignements sur mon cursus.

Entretien réalisé le 31/03/2011 au cabinet de MG9 à 12h30, entretien de 21 minutes 17 secondes.

Entretien E3

Céline : Je suis interne en 9^{ème} année de médecine générale. L'objectif de ma thèse est d'évaluer ce qui peut faciliter ou freiner les médecins pour faire de l'ETP et d'intégrer la perception de ProxYDiab 38 dans ce travail. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

49ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1993.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée sur Grenoble ?

Depuis 1994.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral exclusif.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

On en fait tout le temps avec les congrès, les EPU aux médecins généralistes.

(Sonnette).

J'en ai fait une cette semaine, c'est la période.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Pour moi ? J'ai été dans l'équipe d'éducation quand j'étais assistante sans faire de DU d'ETP. Pendant deux ans, j'étais à l'éducation au CHU.

Je sais qu'il y a beaucoup de choses qui ont changé en matière d'éducation mais on a une formation précise sans dire les choses en l'air au patient. En tout cas, j'essaie de donner des conseils assez précis même si ça prend du temps. Détailler les repas, lui donner des recettes pour ne pas cuisiner gras. Un peu dans le détail : ce n'est pas juste, faites votre régime.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

On a beaucoup de thyroïde, des surpoids simples. Je dirais 47 % et 3 % de type 1.

Céline : Nous arrivons dans l'entretien en lui-même, qui est en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture.

Je pense que vous savez qu'en 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. En quoi cette loi a changé votre pratique en ETP ?

(Rires). En rien du tout. C'était déjà une priorité personnelle ! Ça n'a rien changé.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le temps, essentiellement. Je n'en vois pas d'autre. Ça prend du temps et ce n'est pas côté. Si vous gardez votre patient une heure, vous n'avez pas le tarif de la visite en rapport.

Ce qui est dur, c'est ça. Mais c'est difficile et dur pour le patient. Même si on s'investit et qu'on prend le temps, il faut des piqûres de rappel. Ce n'est pas sur une fois que ça suffira. Il faudra réexpliquer, faire des injections de rappel, les restimuler. Il faut stimuler les gens et les prendre à bras le corps pour les bouger. C'est le sentiment que j'ai.

Vu ce qu'on leur demande de faire, c'est dur. C'est sûr qu'en face si le médecin n'est pas motivé, c'est sûr que ça ne va pas pousser le patient. Même un médecin motivé qui y passe du temps... beaucoup de fois le patient va nous dire oui, oui. C'est sûr que si le patient en face n'est pas motivé, il fera attention quelques jours puis il se fera rattraper par ses habitudes. C'est humain. C'est ça qui est dur en éducation. Il y a un gros investissement pour un retour minime. Parfois, c'est démoralisant, c'est dur. On se demande si ça vaut vraiment le coup. Il y a des patients qu'on voit d'emblée que ça ne vaut pas le coup : les gens négligeants, non intéressés. Je ne vais pas me casser la tête pour un patient manifestement non motivé. On essaie de les faire parler, de les orienter sur des prises en charge psychologiques à la recherche d'un refus, d'un déni. Ça prend du temps. Un patient demande de l'investissement. En ce moment, j'ai une patiente sous insuline qui l'arrête, plusieurs fois hospitalisée. Ils m'appellent. On la revoie, on discute, il faut la pousser pour une prise en charge psychologique. Démarche non faite par l'hôpital. J'ai dû appeler le CMP pour un rendez-vous. On passe beaucoup de temps. Il n'en faut pas dix par jour.

Donc le temps, et si on avait plus le temps, on le ferait mieux.

L'écueil c'est la difficulté pour les gens qu'il faut motiver régulièrement.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

J'ai quelques documents, fascicules sur l'hygiène de vie, la diététique, sur les soins des pieds, ... Il y en a en salle d'attente. Sinon, je fais une prescription diététique personnalisée adaptée aux besoins de chaque patient. En adaptant la quantité de glucides s'il est sportif par exemple. En fonction des goûts des gens, ceux qui ne rentrent pas le midi, en fonction du métier des gens, les routiers. On fait le mieux pour le patient donné. Ce n'est pas parfait car parfois, ils prendront un sandwich. On fait comme on peut.

Je leur imprime sur une base en adaptant pour le patient. Je leur donne aussi des brochures de diététique. Il y a aussi les pieds : un patient sans problème de pieds, on passera moins de temps que celui qui a déjà fait un mal perforant. On va lui donner des conseils pour se couper les ongles.

L'activité physique, je leur en parle beaucoup. Je les stimule pour marcher, à s'inscrire dans une salle. C'est bien pour faire du vélo, des activités en groupe. C'est stimulant.

J'insiste sur la diététique et l'activité physique. Je ne leur dis pas « il faut faire du sport ». Mais plutôt, « vous aimez quoi ? ». On passe du temps, ce n'est pas faire du sport et débrouillez-vous !

Céline : Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Par Céline Farre. Elle a fait une réunion avec les endocrinologues. J'en ai parlé à plusieurs patients qui n'ont pas encore franchi le pas. C'est très intéressant. Je dois avoir un retour pour quelques uns. C'est super comme structure.

Le secteur d'éducation nous faisant des appels du pied donc j'en adresse certains. En plus, les délais sont plus courts donc j'en adresse même plus qu'avant. Il fallait attendre quatre, cinq mois avant alors quand un patient ne va pas bien... On était quasi découragée par la longueur de l'attente. Maintenant, j'y pense beaucoup plus car ça va vite. J'y pense plus. ProxYDiab c'est bien pour les gens qui ne veulent pas passer plusieurs jours à l'hôpital. Le fractionnement, le concept est intéressant : on ne noie pas les gens d'informations. Un thème par semaine, fractionné, c'est mieux.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Ce sont de patients diabétiques de type 2, je ne m'en rappelle plus !

Ce sont des gens qui ont besoin de motivation pour la diététique et l'activité physique. Je n'attends pas d'aide pour le traitement, moi en tant que diabétole. Peut-être que les généralistes.

Je n'ai pas le sentiment que les diabétiques nous échappent...On a assez de patients, pas besoin d'avoir peur. Il faut peut-être raisonner à plus long terme. S'il y a des propositions pour éviter le diabétole ? Notre profession sera-t-elle en danger ? Je ne sais pas. Il faut connaître les médecins généralistes avec qui on travaille. Jamais les diabétoles ne voient leurs patients tous les trois mois. Il y a quand même, peut-être pas dans les nouveaux médecins, certains qui ont cette peur qu'on leur prenne leurs patients. Moi, ça ne me pose pas de soucis. A l'inverse, je ne veux pas voir tous les diabétiques de type 2. ProxYDiab, c'est bien mais ce n'est pas l'équivalent d'un avis diabétole si le patient ne va pas bien. Ça ne peut pas être répété à l'infini. On peut leur proposer de le refaire deux à trois ans après. Le risque c'est d'être submergé si on en fait plus.

Les patients que j'ai adressés sont plutôt déséquilibrés car ils sont équilibrés quand ils font bien. Au niveau du traitement, ils ont tout ce qui faut et qu'il manquait des efforts dans l'hygiène de vie. Donc je propose le secteur d'éducation et ProxYDiab 38 : je propose les deux.

Il y en a qui ont dû y aller par le médecin généraliste directement. Ça ne me dérange pas du tout. Ce qui me dérange, c'est le changement de traitement. Si c'est à bon escient, on ne fait pas...

Les gens sont réticents, mais il n'y a pas de problème d'accessibilité.

Céline : Pourquoi avoir choisi cette structure par rapport à une autre alternative, type diététicienne ?

La diététicienne n'est pas remboursée ! La gratuité. J'ai aussi des patients qui vont voir des diététiciennes mais ils ont les moyens de payer. Parfois, certains patients préfèrent une approche personnalisée. C'est différent d'aller voir quelqu'un dans son cabinet, seul, et ProxYDiab en atelier de groupe. Parfois, certaines personnes ont des problématiques particulières. Il faut prendre du temps pour leur problème, à eux. Essayer de trouver des solutions personnalisées. Il faudrait peut-être une consultation remboursée par la diététicienne.

Céline : Quels changements avez-vous constaté chez les patients passés à ProxYDiab 38 ?

Pour l'instant, je n'en ai pas revu.

(Sonnette et prise de rendez-vous).

Ou une fois, une qui était en cours, elle n'avait pas fait tous les ateliers. Je n'en ai pas vu des kilos ! Ce n'est que bénéfique quand ils retiennent quelque chose.

Céline : Avez-vous noté des répercussions sur votre pratique ?

Non, pourquoi voulez-vous que ça change quelque chose ? S'ils sont mieux équilibrés, on est content et on se félicite ! On est plus détendu pendant les visites !

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec ProxYDiab 38 ?

Très bonnes. Jusqu'à présent, je communique par le biais de Céline Farre pendant les congrès. Je n'ai jamais appelé. J'ai les flyers que je donne aux patients.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge du patient ?

Je ne sais pas. Il faudrait les revoir régulièrement. (Hésitations). Refaire des ateliers où le patient présente des difficultés en activité physique, diététique. Ce serait à la demande sans faire le cycle complet. On ne va pas alourdir la structure : c'est déjà compliqué. On ne peut pas leur demander de reconvoquer les patients pour savoir où ils en sont, faire des hémoglobines glyquées, c'est compliqué.

Céline : Un suivi téléphonique se fait tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

Ils appellent au téléphone en demandant l'HbA1c. Par téléphone, ce n'est que déclaratif. Après, nous on peut les tenir au courant en sachant qu'on est bien chargé aussi. Le laboratoire pourrait adresser les biologiques des patients à ProxYDiab 38.

Céline : Il y a un compte-rendu de fin de passage. Qu'en attendriez-vous comme vous n'en avez jamais vu ?

J'attends ! J'attends un compte-rendu d'éducation. J'attends qu'on me dise quelles informations ont été communiquées, pas dans les détails. Les points particuliers du patient, en quoi il était demandeur. Souvent c'est la diététique. Il n'y a pas de modification de traitement, contrairement à l'éduc. C'est moins médicalisé que l'éduc. En éduc, nous, on attend des conseils de dose d'insuline, comme l'insulinothérapie fonctionnelle. C'est normal. On attend des conseils thérapeutiques. C'est différent avec ProxYDiab 38. On fait une modification si danger avec un traitement et risque d'hypoglycémie. C'est plutôt une information donnée au patient au sein d'un groupe. Je comprends que le compte-rendu ne peut pas être détaillé et spécifique au patient. Au moins savoir qu'il y est allé. Pouvoir aborder avec lui ses difficultés. Par exemple, ce patient n'a pas acquis telle chose, on le voit mais ça nous permet de rebondir. Pour l'éduc, on a systématiquement un courrier qui est

utile. ProxYDiab ? Je ne sais pas. C'est comme pour la diététicienne : elle m'écrit au départ mais je vois bien si le patient fait des efforts. Donc elle ne m'écrit pas à chaque visite. Enfin, sur le principe, ça serait bien d'avoir un retour. Sans que ça soit urgentissime.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Rires). Disons, pourquoi pas ? Ça peut être intéressant. J'aime bien les nouveautés et les challenges. C'est vrai que je suis déjà bien occupée ! Au jour d'aujourd'hui, je ne me vois pas consacrer une ou une demi-journée par semaine pour ProxYDiab 38 car ça serait du temps pris pour le cabinet. Pourquoi pas ? C'est un choix si je décide d'y passer du temps. Il faut voir le côté financier : il ne faut pas que ça soit en dessous de ce que je gagne au cabinet. Faire de l'éducation, j'aime bien ! Travailler dans une équipe, c'est différent. Je me tiendrai au courant des nouveautés en matière d'éducation. Bien humblement. Par exemple, les aiguilles de 4mm. Le laboratoire me dit, c'est fonction de la dose d'insuline. Les gens avec des petites doses, je leur mettais ce type d'aiguilles. En fait, on me dit ce n'est que pour la pédiatrie. Donc il faut faire attention d'où vient l'information. Assister à une semaine d'éduc pourrait me remettre à jour....

Pourquoi pas mais pas en ce moment !

Céline : Seriez-vous intéressée si ProxYDiab 38 propose des formations sur des thématiques éducatives ?

Oui, bien sûr. C'est la même chose qu'un EPU. C'est souvent à la demande des médecins. J'aime bien expliquer et essayer de faire passer un message. Il faut faire des choses simples pour avoir des idées claires. Il faut rester logique. J'ai une satisfaction de voir que les gens ont compris. Il faut quelque chose d'homogène.

Céline : Merci beaucoup.

De rien. Je vais retourner voir l'informaticien.

Entretien réalisé au cabinet de E3 en salle d'attente le 31/03/2011 à 14h00, entretien de 36 minutes 26 secondes.

Entretien MG10

Céline : Il me faut une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Votre âge ?

60 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1981.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

1983 sur Grenoble. Avant j'étais à Cessieu dans le Nord Isère pendant deux ans.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Je suis en association avec deux confrères en cabinet de groupe, en libéral.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

J'en ai fait deux l'année dernière : une sur l'insuffisance rénale et l'autre en infectieux, le DJEDAI. Je le fais chaque année.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Oui, avec Dr Giordano en rhumatologie. Je trouve que c'est bien mais l'application et la viabilité de l'ETP, c'est autre chose. Je doute fort que ça marche un jour vu les coupe fonds. Ces structures, en association sont au bon vouloir des grands patrons. Ce n'est pas installé dans une façon de traiter. La politique générale, chez nous, ce n'est pas la Suède. Je suis septique de la viabilité de l'ETP et de la pérennité de ces structures. Je ne dis pas que ce n'est pas nécessaire mais ce n'est pas gagné.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Je ne sais pas. Il faudrait un logiciel mais je ne sais pas m'en servir. Il faudrait que je m'y intéresse. Mais ce n'est pas le cas.

Je vous dis 50 personnes diabétiques de type 2.

Céline : L'objectif de ma thèse est d'évaluer les facteurs qui peuvent freiner ou impliquer les médecins pour faire de l'ETP et par ce biais la perception de ProxYDiab 38. L'entretien est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP, la seconde ProxYDiab 38 et une troisième partie avec des perspectives.

En 2009, la loi HPST met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

En rien ! Je faisais à titre personnel. Je confiais mes patients. J'essayais de faire de l'ETP du mieux que je pouvais. Je ne sais pas si je faisais bien. Maintenant, on est peu formé à ça.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le temps et la formation. C'est simple. C'est à dire que je vois bien comment nos confrères spécialistes ont le temps de s'occuper de cela et c'est leur spécialité. Je ne suis ni spécialiste et j'ai autant de temps qu'eux. Ils ne s'en chargent pas mieux que nous. Ce n'est pas notre boulot, enfin c'est sûrement notre boulot mais on n'est ni payé, ni formé pour ça.

Céline : Avez-vous d'autres difficultés ?

Le temps principalement. Quand vous avez commencé à discuter avec le patient, l'avoir examiné et fait les ordonnances. Quand on lui dit : « vous n'avez pas maigri », car c'est le seul critère pour parler de ça. Il vous répond : « je ne mange pas de sucre ». On lui dit ce n'est pas que le sucre. On répète à chaque fois : c'est lassant. Je ne suis pas certain que former le sujet à la diététique lui fait comprendre cette maladie. Pour toutes les pathologies, la motivation et la compréhension de sa maladie. Comme tous les patients, ils n'aiment pas être malades. Qui aime être malade, qui aime être frustré ? Qui aime entendre dire ce qu'il ne faut pas faire ? Il faut qu'à un moment donné que le sujet comprenne que c'est mieux pour lui. Tous les fumeurs savent que ce n'est pas bien de fumer !

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour développer une approche éducative au cabinet ?

Moi et il me faudrait du temps !

Céline : Avez-vous des choses à rajouter sur cette partie ?

En conclusion, ça prend du temps. Je vais faire de la formation : ça veut dire que ça va prendre du temps. Ça veut dire apprendre à le faire. Ce n'est pas simple. Ça veut dire passer des soirées, des week-ends à cela. Au sein de ces patients, je passe ¾ d'heure avec lui, je les convoque tous les mois pour en parler. Je m'y investis...Je trouve des ateliers. Je suis ni formé, ni payé. C'est pour ça que c'est voué à l'échec si c'est aux généralistes que reviendrait cette formation. Il va falloir qu'ils se bougent au niveau des moyens. Je sais qu'ils ne le feront pas. Des structures comme ProxYDiab, ça peut être bien. Cependant comme la pérennité semble incertaine au-delà de deux ans. Il y a des personnes qui s'investissent beaucoup pour pas forcément grand-chose. Il faut y aller sans savoir si on sera payé et si ça continuera. C'est une expérience.

Céline : C'est un peu l'objectif de ma thèse.

Je vois bien l'éducation en rhumatologie. C'est du bénévolat. C'est intéressant mais ça n'a jamais fait tourner le ministère de la santé ! Effectivement, le rhumatologue, le psychiatre... Ça tiendra six mois, un an mais ça ne peut pas marcher.

Céline : Seconde partie, comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Par une réunion d'informations faite par Pr Halimi et l'équipe de ProxYDiab 38.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

(Hésitations). Les diabétiques de type 2 avec une insuline au maximum. Ce sont des patients bien ancrés dans leur maladie. Ce n'étaient pas des jeunes diabétiques. Des gens diabétiques depuis une vingtaine d'années, tous suivis par un endocrinologue.

C'est surtout ceux qu'on sent dans la demande mais incapables d'y aller car ils ont fait des stages à l'hôpital ; l'endocrinologue leur demande de surveiller la même chose. Ils ont quinze kilos de surpoids mais « ils ne mangent rien docteur ! », même si on en parle à chaque consultation. Ça m'énerve un peu dans ce cas là. Je leur dit : « aller en parler ». Et ils y vont ! C'est ça qui est curieux. C'est souvent des malades dans la demande et à la fois je ne suis pas sûr qu'ils soient prêts à faire des efforts, d'aller plus loin que la demande. Les gens qui reviennent de l'éduc de l'hôpital, ça marche bien mais le problème l'HbA1c remonte dans les trois ans.

La demande est plus pour la diététique. L'activité physique... Convaincre quelqu'un de marcher un quart d'heure par jour, c'est assez simple et c'est difficile à juger. Le poids c'est facile. Il me raconte qu'il marche beaucoup, qu'il dépense des calories....mais si son poids est le même, c'est le problème diététique.

Ce ne sont pas forcément des retraités. J'ai envoyé des mères de famille, des personnes en activité. J'ai un patient en tête, chacun y trouve quelque chose de bien pour lui. Il n'y va plus mais il n'a pas maigri. C'est intéressant, c'est bien. Il s'est bien formé et a même fait le traducteur. Changera-t-il ?

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à choisir ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, un spécialiste, une diététicienne ?

Leurs compétences. Je pense que les spécialistes, c'est comme nous : ça ne marche pas. Ou quand ça marche c'est dans une relation purement thérapeutique de l'ordre du transfert. Mais là c'est autre chose... C'est comme toute relation thérapeutique. Attention aux relations de type transférelle. Une équipe, c'est intéressant. Ça peut les aider à prendre conscience, comprendre pourquoi c'est mieux de faire baisser l'Hba1c, de faire du sport, de perdre du poids pour ne pas boucher les artères. C'est mieux. Je ne crois pas que ça doit être ponctuel comme ça. Que tout le corps médical soit convaincu de ça et que tout le monde y travaille et soit payé pour tel et que les patients sachent que ça existe. Il faut que ça soit structuré pour eux. C'est très très bien.

Céline : Quels changements avez-vous noté chez vos patients qui sont passés à ProxYDiab 38 ?

(Hésitations). Ils sont contents. Mieux que l'hôpital car ils attendent moins, mieux car c'est plus facile d'accès. Le personnel qui travaille est tout feu tout flamme donc sympathique, compétent, dynamique, à l'écoute. Ils sont contents du côté relationnel. C'est un peu frais pour en parler. Un an et demi. Il y a une inertie entre le temps où on envoie et le retour. J'ai dû en envoyer cinq ou six. Sur l'Hba1c, il n'y a pas eu de changement ce qui ne veut pas dire que ce n'est pas un bon retour. (Téléphone).

L'Hba1c ne baisse pas mais ne progresse pas. Ils sont contents. Ils ont les variations d'avant : ils perdent deux kilos mais en reprennent trois. Ils ont le même comportement qu'avant : ils sont contents mais dire qu'ils vont y retourner... Ce n'est jamais le moment ! Mais on verra. Je trouve peu de changements.

Céline : Quelles répercussions avez-vous noté sur votre pratique après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?

Non. J'adresse aussi facilement et régulièrement. Je confie volontiers mes patients à des confrères pour confronter nos points de vue. Si je sens qu'un patient peut être aidé par quelqu'un, pourquoi pas. S'ils me posent des questions : je leur dis qu'il y a des gens qui peuvent expliquer mieux que moi car ils ont des compétences et le temps. Je donne les coordonnées de ProxYDiab 38. Ce qui ne veut pas dire, que si on me demande une diététicienne, il n'y a aucun souci. Le retour n'est pas merveilleux. Les gens en recherche de nutritionniste, savent déjà ce qu'il faut manger. C'est à la fois simple et difficile, la diététique. Connaître les mécanismes et les équivalents. Mais pour ne pas grossir, il ne faut pas manger ce qui est bon ! C'est difficile de prendre en charge quelqu'un.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous eu des difficultés ?

Bonnes relations mais on ne se voit pas beaucoup ! (Rires). Ils nous écrivent. Aucune difficulté. Mais je ne suis pas non plus allé demander comment ça se passait avec tel ou tel patient. Les gens sont contents donc je ne suis pas allé plus loin.

Céline : Comment pensez-vous continuer à interagir dans la durée avec ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge de votre patient ?

J'ai bien compris ce que vous voulez dire. (Hésitations). Je ne me suis pas posé la question. Peut-être d'autres réunions avec nous médecins généralistes. J'aimerais qu'ils me disent leurs difficultés et ce qu'ils attendent de nous. Je préférerais que ça soit eux qui fassent la démarche car je suis fainéant ! Voir ce que je peux faire pour améliorer la prise en charge de mes patients avec eux. J'ai du mal à m'intégrer vis-à-vis d'un patient et ce genre de structure qui m'apparaît bien mais olé olé. Olé olé, c'est pour la pérennité de la chose et ce n'est pas à moi de faire la démarche pour améliorer certaines choses. J'ai beaucoup de choses à faire et je suis septique sur la finalité globale de tous mes patients diabétiques de type 2. C'est un petit truc à côté mais je sais que c'est moi qui continuerai à me payer les changements thérapeutiques, leurs complications... Ça me prend du temps. Je ne sais pas si c'est la bonne formule, mais c'est comme ça. Mes confrères, l'hôpital ne fait pas autrement même si initier quelque chose c'est bien. Pr Halimi a raison d'initier ces initiatives en terme de prévention. Je ne pense pas que ça soit le médecin généraliste individuellement qui doit organiser ça. C'est soit une volonté d'une nation, d'un ministère qui prend connaissance du problème et ne paie plus les médecins à l'acte. On nous donne des missions de santé publique avec un budget pour les atteindre. L'évaluation se fait sur les objectifs atteints. Tant qu'on n'aura pas ce genre de choses, on continuera dans le libéral pur. Donner aux médecins de pouvoir manger et faire des missions de santé publique, c'est discordant. Ce n'est pas nous, ni ProxYDiab qui avons les solutions. Les pays du Nord qui le font montrent que ça marche bien.

Céline : Que faites-vous du compte-rendu de fin de passage ?

Je le lis et je le transmets au patient. Je leur dis : « voilà ce que pense ProxYDiab 38 et moi-même ». Je leur dis de continuer la démarche et de mettre en application ce qui leur a été transmis. Je ne leur dis pas de continuer à maigrir car ce n'est pas

vrai ! (Rires). Je n'ai pas assez de recul pour me servir des difficultés. C'est des grandes lignes. Je m'en sers comme pour les courriers des spécialistes.

Céline : Un suivi téléphonique est mis en place tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

C'est bien. Leur demander leur poids, leur biologie. Leur proposer de faire des ateliers où ils sont en difficulté. Les stimuler de votre côté car nous on essaie de le faire.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Aucun. (Rires). A cause du temps.

Céline : Dernière partie. Quelles sont les autres pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier d'une telle offre éducative ?

La rhumatologie pour les pathologies chroniques rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde essentiellement. En cardiologie pour le post infarctus, l'insuffisance cardiaque. L'asthme et la BPCO.

Céline : Seriez-vous intéressé si ProxYDiab 38 proposait des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Oui mais il faut savoir quand et combien de temps. C'est intéressant bien sûr. Il faut quelque chose d'institutionnalisé sur le plan national, un passage obligatoire du patient comme partie intégrale de la santé. Comme la médecine du travail par exemple. C'est bien pour soi mais j'ai autre chose à faire.

Céline : Merci c'est fini.

Vous me direz quand vous passerez votre thèse. Et votre projet, c'est quoi ?

Céline : M'installer en Haute Savoie !

Entretien de MG10 à son cabinet le 04/04/2011 à 8h00, entretien de 28minutes et 9 secondes.

Entretien MG11

Céline : L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins ou les facteurs pouvant faciliter les médecins généralistes à faire de l'ETP au cabinet et par ce biais la perception de ProxYDiab 38.

Tout d'abord, merci de me recevoir. Pour débiter, j'ai une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?
53 ans.

Céline : Votre année de thèse.
1986.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

J'ai travaillé dix ans à Fontaine et dix ans à Grenoble.

Céline : Votre année d'installation ?
1991.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Je suis avec un collaborateur en libéral.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

Oui. Je fais le maximum avec les séminaires sur deux jours. Quatre fois deux jours. Le soir, je fais des réunions, des groupes de pairs.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Oui. C'était pour la prévention de l'obésité de l'enfant, en fin d'année dernière. J'ai fait sur le diabète, il y a un moment. J'ai fait le DU de nutrition avec Pr Halimi.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

C'est difficile de savoir. (Hésitations). 20 % mais c'est peut être un peu moins. Entre 15 et 20 %.

On va faire vite car je reprends à 14h.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même qui est en trois parties. La première concerne l'ETP, la seconde ProxYDiab 38 et une troisième partie avec des perspectives.

En 2009, la loi HPST met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

En rien. Je pense que l'éducation c'est la base de notre métier. Je suis persuadée que l'éducation des patients, l'éducation thérapeutique fait partie de notre travail de base. Ça n'a rien changé dans mes convictions.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Tout confondu. Le temps. C'est la capacité d'avoir en face quelqu'un qui comprenne et qui soit en état de comprendre ce que j'ai à lui dire, à lui faire passer. C'est l'adhésion du patient. Parfois ils ne sont pas disponibles pour entendre. Ce sont mes deux difficultés. Il faut du temps et la personne doit avoir compris l'enjeu et être prête à entendre ce que j'ai à lui dire à ce moment là. C'est rarement le cas. (Hésitations). La culture mais c'est associé. Finalement, ils ne peuvent pas comprendre à cause de leur culture. Est-ce que j'en vois d'autre ? Le temps, c'est aussi ma disponibilité. (Hésitations). C'est aussi, qu'au bout d'un moment, on n'y croit plus soi-même. On se lasse. J'avoue maintenant ; je m'économise. Quand j'ai dit trois fois à quelqu'un, je me lasse. Avant j'avais la rage de la jeunesse... Maintenant, je me dis tu as fait ton boulot ; s'il ne veut pas c'est son choix. Te fatigue pas ma cocotte, ça ne sert à rien. J'ai la cinquantaine. Je me lasse. Quand je vois qu'en face, ça ne mord pas et si le patient n'est pas adulte, je laisse tomber. C'est difficile de se résigner. Mais ça arrive qu'on en soit là.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Mes ressources ? J'ai des documents écrits. Je me sers de ce qu'ils savent, eux. Je leur demande ce qu'ils en pensent, à quoi ça sert... C'est du basique. C'est surtout de l'imagerie, des photos et je me sers de ce qu'ils savent pour les faire progresser et les amener à réfléchir pourquoi c'est important pour eux.

Céline : Concernant ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Par une réunion d'information. Au début de ProxYDiab 38. J'avais eu un courrier, il me semble.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. Avez-vous adressé des patients ?

Oui. Je l'ai proposé à deux ou trois patients. Ça toujours été « non, je ne peux pas, je n'ai pas le temps ». Du coup, ça m'est sorti de la tête. Ça m'est sorti de la tête, franchement. Je pense que je n'y ai plus pensé. C'est séduisant, c'est intéressant donc je l'ai proposé. Ensuite, j'ai vu des collègues avec qui on en a parlé. Ils m'ont dit qu'ils envoyaient et qu'ils avaient des bons retours. Je me suis dit que je devais avoir un problème. (Rires). Pourquoi je n'ai pas recours à cette structure ?

J'ai essayé de proposer à des personnes maghrébines qui m'ont dit avoir peur de ne pas comprendre. Je leur dit qu'il y a des interprètes. D'autres me disent : « je n'ai pas le temps, je ne peux pas, j'ai du travail ». Des personnes âgées : « ça ne m'intéresse pas ». Peut-être n'ai-je pas été assez incisive.

Je pense à une dame qui pourrait être intéressée. Elle est maghrébine... J'ai oublié en fait. Ce qu'on n'utilise pas tout de suite sort de notre champ. C'est drôle d'ailleurs car j'avais trouvé ça bien, j'avais gardé l'adresse. Je l'ai proposé plusieurs fois et ça toujours été non et c'est parti.

Céline : Vous manque-t-il des arguments ?

Non. Je trouve que c'est intéressant. Il y a une prise en charge diététique, des conseils en activité physique. Ils m'ont vraiment fait un bon effet. Des gens disponibles qui ont le temps de faire ce qu'on ne peut pas faire. J'ai oublié.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Une patiente avec une HbA1c à 8 % qui grimpeait. Je lui ai dit qu'il fallait faire quelque chose. Elle m'a dit « je ne peux pas, je travaille, je n'ai pas le temps ». Une dame de 45 ans.

Une autre patiente, plus âgée, de 80 ans qui mangeait n'importe comment. Elle m'a dit : « je n'ai pas envie ». Du coup, c'est tombé à la trappe. Sinon, je ne me rappelle plus à qui je l'ai proposé. Ce sont des diabétiques traités pour qui ça n'allait pas, où je ne comprenais pas. Je pensais qu'il y avait des efforts diététiques à faire au lieu d'une escalade médicamenteuse. C'est plus dans un contexte d'échec. Je n'y pense pas forcément au début. C'est vrai que... C'est quand ça allait mais que ça dérape !

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, comme une diététicienne, un avis diabétologique ?

C'est gratuit. Ce n'est pas une seule consultation, puis point. Il y a un suivi, une réévaluation. L'endocrinologue, avec les renseignements qu'elle me donne, j'arrive à me débrouiller. L'éducation, c'est de l'éducation. Il faut répéter, répéter et réévaluer ce qu'on a fait. Je trouve que c'est un beau concept pour accompagner les gens quand ils retournent chez eux. Une diététicienne, c'est bien mais c'est cher. On ne sait pas comment elles font non plus. Celles qui sont très bien sont débordées. L'accessibilité me semble facile en tram pour ceux qui n'ont pas de voiture. Tout le monde ce jour peut prendre un tram.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?

(Hésitations). Une aide. Une collaboration, un soutien. Je n'ai pas besoin d'être soutenue. Mais un soutien pour les patients. Ça peut être quelque chose de catalyseur où quelque chose peut se passer dans leur compréhension de leur maladie en intégrant mieux les choses car ils auront trouvé des gens qui auront pris le temps de les accompagner ce qu'on n'a pas le temps de faire. On le fait au début du diagnostic mais après on n'a plus de temps. C'est de moins en moins possible. Ce n'est pas qu'on ne veut pas. Quand au bout de trois fois, le patient n'a pas compris. On se dit que soit, on s'y prend mal, soit le patient ne veut pas mais il y a un blocage. Quelqu'un d'autre peut trouver, avec des gadgets, des images, autre chose. C'est très bien et ils ont leur place. C'est du bon boulot. Je suis allée à l'éducation diabétique à l'hôpital, c'est vraiment bien. Là, c'est dans le même esprit. Quand on adresse des patients à l'éducation diabétique, ils reviennent toujours positifs, en ayant appris des choses. J'en suis convaincue mais j'ai oublié. (Rires).

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour vos patients ?

Un meilleur suivi des patients avec une amélioration diététique avec des conseils en activité physique. On leur dit mais après la tension, après le reste. On sent qu'on a un peu du mal. Là, c'est ré-insisté, c'est redit sur ce qu'ils peuvent faire à la maison. C'est essentiel. L'activité physique : c'est un super point qu'on néglige souvent. On est axé diététique !

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge de vos patients passés à ProxYDiab 38 ?

Ça se fait pour l'instant ?

Céline : Actuellement, il existe un compte-rendu de fin de passage. Qu'en attendriez-vous ?

Il faudrait évoquer ce qui a été dit pendant le séjour, ce que le patient a acquis et les difficultés restantes pour s'en servir ensuite quand on le revoit.

Céline : Il y a aussi un rappel téléphonique tous les six mois, auriez-vous d'autres idées ?

C'est la structure qui fait ça ? Et vous aussi ?

Céline : Je ne travaille pas directement dans la structure. C'est plus dans le cadre de ma thèse.

C'est Pr Halimi qui vous chapote ?

Céline : Oui.

C'est important. On devient ce qu'on mange. Il n'y a pas de miracle. Un suivi téléphonique, c'est pas mal. C'est une bonne chose, mieux que le courrier. Les gens ne lisent pas. On n'imagine pas le nombre de gens à qui ont fait des chèques et certains sont là depuis dix ans, mais ils ne lisent pas. Le téléphone, c'est bien. Bon les mails, c'est pareil... Ils ont tous l'ordinateur chez eux mais ce n'est pas adapté pour ça.

Nous, on voit les patients donc on peut leur dire qu'il y a eu un coup de fil. Il faut que l'information circule. Les couches successives sont toujours utiles pour dire et redire. S'ils ont eu un coup de téléphone, leur dire qu'ils en parlent à leur médecin traitant. Le patient ne va pas forcément leur dire lors de la consultation. ProxYDiab 38 peut nous envoyer un mail pour nous dire qu'ils ont rappelé un patient. Ça serait pas mal. Il y a tel ou tel problème. Quand on revoit le patient à ce moment-là, on va y penser à l'inverse du patient. C'est comme les gosses : il ne va pas nous en parler, il va se taire. Surtout, s'ils ont pris du poids, s'ils ont dérivé. On n'est pas flic mais garant d'une certaine santé pour eux. Notre travail, c'est veiller à ça. S'ils mentent par téléphone, ça les regarde. On n'est ni Dieu, ni flic ! Ça me repose de m'être dit ça ! Je ne ferai pas des miracles ; je fais ce que je peux !

Par téléphone, ProxYDiab 38 les questionne sur leur poids et dit qu'ils informent leur médecin pour refaire le point. Ça permet que l'information circule. Il faut reprendre le coup de téléphone pour éviter que ça continue de dériver. Il faut une intervention, autre. Il ne faut pas les culpabiliser. J'utilise l'humour. La méthode frontale ne marche pas. On est des soignants. C'est déjà assez difficile... les gens changent suivant les sujets abordés. Attention, sujet délicat du poids surtout chez les femmes. Il faut du tact et du respect.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Aucun, car on est débordé de travail. Qu'il y ait de temps en temps des réunions avec des collègues une fois par an, de parler de ce qu'on pourrait changer. Oui, mais pas plus !

Céline : Dernière partie. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'obésité et le surpoids. C'est un problème majeur dans notre pratique. La prise en charge du surpoids. La prévention chez les jeunes. On voit des jeunes obèses... Les autres maladies chroniques comme l'HTA. Je pense qu'il y a du travail. La gestion des facteurs de risque cardiovasculaires. Qu'est ce qu'on répète tout le temps : l'intérêt de la diététique et du traitement. Je pense qu'au delà de la simple prise en charge nutritionnelle, il y a aussi un regard sur le corps et la santé avec une adaptation du mode de vie. C'est de l'hygiène de vie préventive pour limiter que s'aggravent toutes ces pathologies.

Céline : En voyez-vous d'autres de façon plus large ?

La prise en charge du tabac : les conséquences, le sevrage avec la surveillance du poids...dans le post sevrage, il y a de la place pour ce type de structure. Avec du recul, tous disent : « heureusement que j'ai été suivi ».

(Téléphone).

Céline : Seriez-vous intéressée si ProxYDiab 38 propose des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Oui.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup.

Merci à vous. C'est bien que vous vous intéressiez à ce sujet. J'ai beaucoup aimé le DU car j'ai appris beaucoup de choses pratiques et concrètes. On sait mieux de quoi on parle et on a plus de convictions avec les patients. Pour notre propre chef, c'est ridicule qu'un médecin ne connaisse pas le BABA de base. C'est intéressant.

Vous finissez cette année ?

Céline : Oui en novembre.

Et après ?

Céline : J'aimerais m'installer.

Déjà, ici il en manque ! Mais il faut avoir une discipline très serrée de son planning. Il faut avoir une vie privée et se fixer des limites. C'est plus facile pour les femmes.

Céline : Merci encore.

Entretien réalisé le 04/04/2011 à 13h00 au cabinet de MG11, entretien de 24 minutes et 13 secondes.

Entretien MG12

Céline : Merci de me recevoir. L'objectif de ma thèse est d'évaluer quels facteurs peuvent freiner ou favoriser l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et par ce biais la perception de ProxYDiab 38.

Pour débiter, j'ai une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel avez-vous ?

54 ans.

Céline : Votre année de thèse.

1983.

Céline : Votre lieu d'exercice.

Grenoble sud.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

Vingt ans.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral, individuel.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

Oui, toutes les années. De trois à quatre.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Non. Certains thèmes sont porteurs. Mais ça me tente moyennement !

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

(Hésitations). De tête, par rapport à ma patientèle où je suis médecin traitant...15 %, je pense.

Céline : Nous rentrons dans l'entretien en lui-même qui est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP, la seconde ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

En rien. Concrètement, je ne vois pas ce que ça change. Je ne saisis pas ! Il y a beaucoup de choses qui m'échappent. C'est comme la notion de réseau. Comme dit le général de Gaulle : « vous êtes trop jeune, c'est quoi ce machin là ». (Rires).

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le temps et la formation. L'éducation thérapeutique pure, le versant diététique, c'est impossible à réaliser en cabinet à cause du temps. Je donne des conseils généraux. Entre les conseils généraux tels que sont perçus ou retranscrits dans la consultation d'après... C'est comme l'information, « manger cinq fruits et légumes par jour ». Le diabétique me dit, je fais comme à la télé, je mange cinq fruits par jour ! C'est les deux principaux problèmes.

La compréhension peut être une difficulté. Dans le même ordre d'idée, il y a l'origine qui intervient. C'est vrai qu'on a une population originaire du Maghreb. Parfois, c'est difficile car il y a le versant culturel avec les habitudes culinaires. Il faut adapter notre discours à ces modes de vie là. Mais concernant la compréhension, par rapport au Maghreb, c'est plus les habitudes alimentaires. Pour les eurasiens, c'est pareil. Le même pourcentage de patient ne comprend pas. C'est toujours la même chose. C'est le temps. Si j'arrive à consacrer parfois ¼ d'heure à l'éducation des diabétiques, ce n'est pas possible de tout caser. On voit bien les formations qu'on fait, on ne retient deux ou trois notions. Pour nos patients, c'est pareil : il ne faut pas les assommer d'informations.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour développer une approche éducative au cabinet ?

(Hésitations). C'est ce que je le transmets oralement. C'est une transmission orale. C'est vrai qu'on peut discuter de l'intérêt du traitement, mais ça je le fais. Pour le versant thérapeutique de l'éducation, je le fais. Mais ce n'est pas le principal. Pour le versant thérapeutique diététique, c'est souvent en fin de consultation. Parfois en début avec ses résultats... et on le reprend à la fin. C'est vrai que je n'ai pas beaucoup de diabétiques où je n'ai que le versant diététique à traiter avec eux. J'en ai deux ou trois, où je me dis que j'ai oublié tel ou tel problème. Pourtant ce sont des gros problèmes à régler. Il y a des pathologies liées au diabète mais le patient peut en avoir d'autres. Il y a aussi le dépistage systématique.

Céline : Seconde partie. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Ça faisait vingt ans que j'attendais. (Rires). J'ai travaillé avec Serge sur les modules instaurés à l'hôpital. C'était plus lourd car le patient devait voir un endocrinologue du service puis il faisait des stages. C'est relativement lourd et trop intensif. Tous les patients passés en éducation à l'hôpital étaient ravis. Les IDE ou diététiciennes faisaient des piqûres de rappel. (Téléphone).

Ce n'est pas facile de dire non. Le médecin traitant c'est bien pour ça.

Céline : Pour ProxYDiab 38 ?

J'attendais et en plus il y avait eu une réunion préliminaire six mois avant le départ de ProxYDiab 38. J'avais reçu ce carton d'invitation pour une soirée. On était nombreux. J'attendais leur ouverture et j'avais une bonne file d'attente.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Ce n'est pas au début parce qu'ils sont bien équilibrés. Ceux qui étaient mal contrôlés par le traitement seul avant de changer, d'intensifier le traitement et de passer à l'insuline. Certains où je vois qu'ils arrivent à faire des efforts avec des résultats en dessous de 7 %. Sans effort, ils sont à 9 %. Je leur dis : « vous pouvez quand vous voulez ». D'autres où c'est difficile car je n'ai pas assez de temps pour leur expliquer. La moitié est d'origine maghrébine. Au départ, c'est moi qui leur propose. Je leur dis : « vous avez le choix » et ils ont tous accepté. Je n'ai pas eu de refus ; ça a été décalé dans le temps mais ils l'ont fait. Tous ceux à qui j'ai proposé, je n'ai pas eu de refus.

J'ai un profil particulier : « je suis psychorigide ! ». Je dialogue avec mes patients, je suis à leur écoute mais quand je leur dis de faire quelque chose, ils le font. Beaucoup de choses ont changé pour le diabète : il y a vingt ans, nous étions observateurs, maintenant, on peut vraiment faire des choses. Les progrès sont surtout cardiovasculaires et on est efficace. Je leur dis, il faut voir le cardiologue, l'ophtalmologue.

C'est l'équilibre qui me fait adresser les patients. Il y a un énorme frein pour les patients qui sont en activité. Ce n'est pas possible pour eux. Un est chauffeur routier : il part en déplacement et il ne peut pas prendre une journée. A Grenoble, on est hyper favorisé car ProxYDiab 38 est à deux pas d'ici. Beaucoup de patients sont dans le quartier, les autres à l'Arlequin, donc c'est à côté avec le tram. Le déplacement ce n'est pas un problème pour eux. C'est l'avantage de ProxYDiab 38 d'être à l'extérieur de l'hôpital.

L'autre versant intéressant de ProxYDiab, ce sont les modules qui sont faits au rythme du patient.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à choisir ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, type diététicienne ou diabétologue ?

C'est simple. Vous attendez la réponse ! (Rires).

Céline : Oui, j'ai mes idées !

C'est simple, la diététicienne n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Dans le même ordre d'aberration, l'ETP c'est important comme l'éducation diététique mais il n'y a aucun forfait de prise en charge pour la diététicienne. Au niveau des podologues, il y a une petite prise en charge mais en stade dégradé. Du même ordre de grandeur, les diabétiques de type 2 ont droit seulement à 200 bandelettes par an remboursées. On nous dit que nous médecins généralistes on ne s'occupe pas assez des diabétiques, de l'autre, rien n'est fait pour que l'on puisse s'occuper d'eux. Donc ProxYDiab, c'est la prise en charge du patient et c'est énorme. Tous ceux que j'ai adressés, un ou deux auraient pu payer une diététicienne mais la plupart, non. Six séances à 250 euros : non.

C'est une structure avec une endocrinologue avec un regard extérieur sans intervenir sur les traitements. Il y a une IDE, des diététiciennes. Ce sont des visions différentes et la complémentarité de l'équipe est intéressante. Les modules axés sur différents sujets que le patient peut prendre à la carte et à son rythme. Certains ont fait sur trois mois, d'autres sur un mois et demi. Ça c'est énorme ! C'est comme pour nous en formation.

Céline : Quels changements avez-vous constaté chez vos patients ?

On le fait en off !

Céline : Non je ne peux pas !

Ils ont fait une soirée de synthèse pour voir leur travail. Nous étions peu nombreux en tant que médecins généralistes. J'attendais d'avoir un peu plus de recul pour donner mon impression. Pas simplement deux ou trois mois. Regard brut sur les Hba1C, je n'ai aucun résultat. Malheureusement. J'en ai deux ou trois qui se sont dégradées quand même. Un ou deux qui se sont améliorés. Un autre qui s'améliore mais il avait commencé avant ProxYDiab 38. De ce côté là, mon regard est mitigé. Quand j'interroge mes patients, ils sont tous ravis. Ils se rendent compte de ce que je leur disais depuis des années. Ils sont ravis car ça leur permet de comprendre leur maladie, c'est une bonne chose. Ce n'est pas tout négatif. Il faut voir l'Hba1c qui reflète l'équilibre du diabète..., voilà. Au niveau comportement, certains bougent plus. Mais certains mangent plus. Mon impression, c'est le petit déjeuner. C'est un dogme à combattre, pas que pour les diabétiques, 30% des apports le matin, je trouve que c'est trop. Du coup, certains mangent plus le matin. La reprise d'une activité physique joue mais c'est surtout la compréhension de leur maladie. De ce côté là, ce n'est pas tout négatif. Je m'attendais naïvement qu'ils reviennent tous à 7 % ! Il peut avoir un décalage ! J'ai un patient : il est nickel s'il fait des efforts. Je lui ai laissé deux mois en lui disant qu'il faudra mettre l'insuline car je sais qu'il peut faire des efforts. En deux mois, il est passé de 9 à 6,8 % sans changer son traitement. C'est le long terme, ce sont les piquûres de rappel.

Céline : Quelles répercussions avez-vous noté dans votre pratique après le passage de patient à ProxYDiab 38 ?

Non. Je fais toujours pareil. Juste une chose. En fait je suis peut-être à 20 % de diabétiques dans ma patientèle.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ?

Excellentes. Aucune difficulté. J'ai scanné un flyer que je donne. J'ai peu de relations directes. Ça m'arrive de prendre le premier rendez-vous pour certains patients. Je les appelle de temps en temps puis ProxYDiab contacte les patients. Je dis au patient d'appeler quand ils sont prêts.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir avec la structure pour vous aider dans la prise en charge de votre patient après son passage à ProxYDiab 38 ?

Je pense qu'une fois par an, il faudrait proposer des modules complémentaires. Le compte-rendu de fin de passage est intéressant pour le niveau de compréhension du patient sur sa maladie. Je le regarde, je le lis toujours. Il y a des petits conseils thérapeutiques et autres. Je les relève. Il faut être dans l'échange. J'aime bien un autre regard. Comme les remplaçants, c'est un autre regard... C'est comme un enfant qu'on voit grandir et il a 25 ans : quelque chose nous échappe ! Les piquûres de rappel pour refaire le point. Il faut que ça soit à la carte. Le patient fait un atelier, un peu sur la diététique mais s'il veut faire un atelier sur les yeux, sur les pieds, sur comment bouger.

Céline : Il y a un suivi téléphonique tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

J'avais oublié. Oui c'est intéressant. Le suivi téléphonique, c'est déjà bien mais il faut vraiment faire une séance. C'est important. Trouver la bonne fréquence, c'est un autre problème. Il y a eu des expériences dans le suivi téléphonique, comme SOPHIA, plutôt positives. C'est bien.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Moi, aucun ! Pour une raison très simple. Mes compétences en diététique sont quasi nulles, ne sont pas à la hauteur de ce que connaissent les diététiciennes. Pour le reste, je ne me vois pas là dedans.

Céline : Pour finir, deux dernières questions. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

A froid comme ça ! Les grands classiques, c'est l'insuffisance cardiaque. Mais il y a déjà un réseau. Le problème, c'est l'asthme et son apprentissage. Dans les pathologies chroniques, non...

Céline : Seriez-vous intéressé si ProxYDiab 38 proposait des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Oui mais il faut que ça soit bref. Une journée maximum et là je veux bien. Mais ça serait intéressant.

Céline : Merci en tout cas.

C'est normal.

(Discussion réseau des obèses, réseau au service du patient). Importance du réseau informel. Réseau formalisé est compliqué. Proxidiab n'a pas de contraintes. Il faudrait une podologue.

Entretien réalisé le 04/04/2011 à 14h15 au cabinet de MG12, entretien de 26 minutes 32 secondes.

Entretien E4

Céline : Je suis interne en médecine générale. L'objectif de ma thèse est d'évaluer quels sont les freins et les facteurs pouvant impliquer les médecins généralistes et les endocrinologues à faire de l'ETP et par ce biais la perception de ProxYDiab 38.

Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

47 ans.

Céline : Quelle est votre année de thèse ?

1993.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Meylan.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée sur Grenoble ?

1997.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral exclusif avec une vacation en médecin nucléaire à l'hôpital.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

On en a régulièrement par le biais de congrès, de réunions locales et régionales.

Céline : En avez-vous fait concernant l'ETP ?

Spécifiquement là-dessus, non.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

La diabétologie, c'est 30 % de notre activité en libéral. Le type 2, c'est 95 % de ces 30 % soit 28 %.

Céline : Nous passons à l'entretien en lui-même. Il est en trois parties. La première concerne l'ETP, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et il y aura une question d'ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale. En quoi cette loi a-t-elle modifiée votre pratique en ETP ?

En rien car on le fait dès le début. En diabétologie, on fait forcément de l'éducation thérapeutique. Ce n'était pas reconnu et ça n'avait pas un terme ronflant. Ça n'a toujours pas de reconnaissance financière donc ça n'a rien changé pour nous. En terme de formation en diabétologie dans les congrès, le secteur est plus développé. On s'est tous formés sur l'insulinothérapie fonctionnelle, sur les nouvelles notions. On correspond avec les centres d'éducation : soit à l'hôpital, soit ProxYDiab 38. Il y a une évolution de ce fait là. La loi elle-même, rien !

Céline : Quelles difficultés percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

Ça dépend de plusieurs facteurs. Notre disponibilité, notre temps. C'est-à-dire que si le patient a beaucoup de problématiques, aiguës, chroniques. S'il faut lui dire cinquante fois de faire son fond d'œil, d'aller voir le cardiologue. Donc ça dépend de l'investissement de chaque patient. Parfois, il y a une demande personnelle de certains patients, très demandeurs, très à l'écoute des informations. D'autres freinent des quatre fers. C'est du sur-mesure en fonction du patient et de son histoire. C'est-à-dire qu'il y a des moments où les gens sont disponibles, d'autres pas du tout. C'est vrai que quand ils prennent leur retraite, on arrive à faire des choses qu'ils ne faisaient pas avant.

(Hésitations). On arrive toujours à un moment. En sachant que ce n'est pas forcément au moment exact où on le demande. Il faut rester disponible, dire qu'il y a différents systèmes. ProxYDiab, ce n'est pas très vieux. C'est intéressant pour les gens qui travaillent qui ne veulent pas être hospitalisés longtemps. Il y a l'offre et la demande. Quand l'offre augmente la demande suit.

Céline : Quelles ressources percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

On a des supports pédagogiques donnés par les laboratoires. On a des classeurs avec « comment injecter ? » par exemple. On a des gadgets, on fait des démonstrations. C'est un peu les mêmes supports qu'à l'hôpital avec la constante temps plus contractée. On ne fait pas tout d'un coup. On fait par étape.

Céline : Deuxième partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

C'est Céline Farre qui nous en a parlé et nous l'a présenté. Elle est investie dans ce réseau. Elle a fait une présentation par le biais de l'adelle. Elle a fait un diaporama. Certaines d'entre nous étaient intéressées, d'autres pas du tout. Ce qui gênait, c'est l'ouverture à tous médecins, généralistes et spécialistes. Moi ça ne me gêne pas, car plus il y a de patients éduqués et mieux c'est pour tout le monde, le patient et le médecin. Quand il y a plus d'offre, on peut répondre à plus de difficultés et de cas particuliers.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

C'est très variable. Tous les type 2 qui ne veulent pas aller à l'hôpital car ils travaillent, ne sont pas disponibles. Ils ont peur de l'hôpital. Depuis cette structure, c'est bien mais on ne sait si le système va rester pérenne. C'est sûr qu'on adresse facilement au moment d'un constat de mauvais équilibre, pas face à un échec. Un échec thérapeutique c'est péjoratif. C'est vrai que certains sont très bien à 9 % d'Hba1c, sans complication. C'est vrai que si on peut faire mieux ; on a différents outils d'éducation. Certains patients sont demandeurs car très informés. Ils sont en difficulté pour la nutrition. L'activité physique c'est notre leitmotiv pendant les consultations. On leur dit de bouger plus. En âge avancé comme le diabétique de type 2 peut l'être, c'est rare de faire des révolutions nutritionnelles. Par contre les gens sont de plus en plus sédentaires, c'est la grosse difficulté pour le type 2. Les patients sont parfois équilibrés à 6 %, d'autres ont moyennement contrôlés entre 7 et 7.5 % et d'autres plus difficiles à plus de 9 %.

L'éducation, je la propose à tous les diabétiques. Pas forcément, la première consultation car il y a beaucoup de choses. Ils auront tous entendus parler d'éducation à un moment ou à un autre.

Céline : Comment arrivez-vous à motiver vos patients ?

Par rapport à ceux à qui on propose et le pourcentage de ceux qui y vont. Je ne sais pas le pourcentage. On a toujours un compte-rendu donc on voit que les gens y vont régulièrement. Je leur dis qu'il y a toujours des choses à apprendre, que c'est une maladie chronique, qu'il y a tout le temps des nouveautés médicales même s'ils ont déjà fait de l'ETP il y a dix ans. Je leur dis qu'il y a toute une équipe pour s'occuper d'eux, qu'ils seront par petit groupe, que les gens sont généralement contents de ce qu'ils ont fait. Je suis très positive. Certains me disent non. Je ne peux pas les forcer. J'essaie de leur faire passer le message qu'il y a toujours quelque chose à apprendre et que ce n'est pas une perte de temps.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative ?

Je propose toujours les deux. Il y a ceux qui sont multi-traités par insuline, ils vont à l'hôpital. ProxYDiab c'est en début de parcours quand ils ont une maladie peu évoluée. Je propose les deux : certains préfèrent l'hôpital, d'autre ProxYDiab. Par rapport à une diététicienne, c'est le travail en équipe qui prime.

Céline : Quels changements avez-vous noté chez vos patients ?

(Hésitations). En terme d'activité physique, oui. Les APA ont l'air efficace. En terme de nutrition, ils ont la leçon sur les lipides. Ils retiennent que les lipides posent problème. En terme de poids et d'Hba1c, ce n'est pas aussi merveilleux mais il y a une tendance à l'amélioration. Qualitativement, ils ont compris des choses. Est-ce mis en pratique ? Ce n'est pas toujours évident à ressentir mais ils ont compris des choses.

Céline : Quelles répercussions a eu sur votre pratique le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?

(Hésitations). Non, pas spécialement.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous des difficultés ?

Non aucune difficulté. Peu de relations. Je donne le numéro de ProxYDiab 38 au patient et il prend rendez-vous. Je ne le fais pas à leur place. Ensuite, on reçoit le compte-rendu. C'est comme ça que ça fonctionne. Je ne les appelle pas directement.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir avec ProxYDiab 38 après le passage d'un patient pour poursuivre la prise en charge du patient ?

C'est le compte-rendu. L'écrit reste, les paroles passent ! Il n'y a pas mieux que l'écrit. Je le scanne et c'est dans le dossier de mes patients. Je vois où il y a eu des choses soulignées et j'en reparle avec le patient. A l'hôpital, il y a des journées d'évaluation à un an mais c'est moins systématique qu'avant. Pourquoi pas sous cette forme ?

Céline : Un suivi téléphonique a été instauré où la structure rappelle le patient à six mois. Qu'en pensez-vous ?

Pourquoi pas ? Les stimuler... Le coaching, c'est bien mais tout travail mérite salaire. Il faut que ça soit reconnu en tant qu'activité et que ça soit rémunéré. Je suis contre le coaching bénévole type informatique, e-mail. On ne va pas perdre son temps à travailler pour rien. Nous sommes des professionnels et non des bénévoles. Travail égal salaire. Il faut se faire reconnaître. Mme Bachelot nous a fait une loi, c'est très bien, très ambitieux dans ce domaine. Derrière, il faut que ça soit reconnu. Qui dit reconnaissance dit salaire. Il faut être très clair là-dessus. Ne pas mettre ses pieds là où il ne faut pas quand on veut s'installer, généraliste ou autre. Tout travail mérite salaire. Il ne faut pas se lancer dans des choses en réseau où on n'est pas payé derrière. Par exemple, des vacances dérisoires sans statut pérenne. C'est dépenser beaucoup d'énergie, de temps, de réunions et au bout de deux ans, plus rien. Il faut se méfier.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Aucun ! Soyons clair ! C'est pour les jeunes. Il y a une raison financière et de temps.

Céline : Si ProxYDiab 38 proposait des formations sur des thématiques éducatives, seriez-vous intéressée ?

Oui, je fais des formations régulièrement en matière de psychologie, de communication, de prise en charge des patients difficiles. Il y a toujours quelque chose à apprendre. Même si c'est beaucoup de la communication plus que de la médecine. Je suis intéressée surtout si c'est des professionnels qui ont l'habitude de faire de la communication, en contact avec le malade. Et non pas en contact avec que des professionnels et pas sur le terrain.

Céline : C'est fini. Auriez-vous des choses à rajouter ?

Il faut que ça continue. En espérant qu'il y ait des financements.

Entretien réalisé au cabinet de E4 le 04/04/2011 à 16h00, entretien de 15 minutes 13 secondes.

Entretien MG13

(Ouverture des volets).

Ils se soignent à peu près. On n'y arrive pas. La plupart du temps, ce n'est pas un problème thérapeutique, c'est un problème de compliance. L'éducation thérapeutique est directement corrélée à la compliance du patient. S'ils ne sont pas compliants au traitement, ils ne le sont pas à l'ETP. C'est un problème pour quelques uns. J'ai un de mes confrères en discutant à une soirée de la façon dont on voyait nos diabétiques, qui me demande tous les combien, je les vois. Tous les trois mois. Lui, il rit et dit je les vois tous les mois car ils ne retiennent qu'une chose à la fois par consultation. Tous les mois, je passe une couche ! Heureusement qu'on ne les voie pas tous les mois !

Céline : On commence ? Merci de me recevoir. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et la perception de ProxYDiab 38. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

57 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1981.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Echirolles.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

1985. J'étais à Paris avant.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral avec un associé en cabinet de groupe.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

Oui, une par semaine. Je fais des soirées médicales qui ne sont pas simplement des repas. En formations rémunérées, j'ai trouvé peu de thèmes percutants dans la région. Je cours parfois à Paris, Lyon car je fais des visites de médecin aéronautique avec une formation particulière. Je fais le DJEDAI. Sinon sur place avec des correspondants de l'hôpital.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Oui, celle de ProxYDiab 38. A proprement parlé comme thème exclusif, non.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Alors là ! Très difficile. 5 %. Je fais de la médecine du sport donc je n'ai pas une patientèle typique.

Céline : Nous débutons l'entretien. Il est en trois parties. La première est sur l'ETP en général, la seconde sur ProxYDiab 38 et une ouverture en troisième partie.

En 2009, est parue la loi HPST, qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

En rien car je faisais de l'ETP.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le manque de temps, clairement, on n'a pas le temps quand on fait une consultation de diabétologie. On essaie de garder les gens, vingt minutes. Je ne mets pas plus de trois personnes par heure, voire plus souvent deux. Je prends du temps. Il y a toujours plein de choses à faire, à expliquer. Les résultats d'exams complémentaires à commenter, demander des nouvelles des patients et tout le reste... On n'a clairement que très peu de temps pour l'éducation thérapeutique. On a seulement quelques consultations exceptionnelles où tout roule. Là, on a cinq minutes pour la touche en plus. Je ne fais pas de consultations spéciales pour faire de l'éducation thérapeutique.

La compliance et la volonté du patient de s'impliquer un peu. Le manque de support, ça manque. Je leur dis d'aller sur le site de l'AFD pour les diabétiques de type 1 pour rediscuter ensuite.

(Téléphone). On manque de support. Soit on a des supports fournis par les laboratoires qui ne sont pas toujours adaptés ou parfois ils ne sont pas suffisamment simples. Il est évident que si on avait des supports de l'HAS, des choses simples... Une page format A4 avec des mots simples avec des thèmes. Ce qu'on a, c'est ça mais la recette le maquereau à l'escabèche, on ne le fait pas tous les jours !

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative ?

Les séminaires, les formations, les documents de l'HAS.

Céline : Deuxième partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

C'est d'abord où participe Céline Farre avec qui je travaille souvent. C'est grâce à une soirée de laboratoire. Il n'y a que guère en soirée où on a le temps de s'informer. C'est par l'intermédiaire d'un laboratoire pharmaceutique.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. En avez-vous adressés ?

Non.

Céline : Pour quelles raisons ?

patients à ProxYDiab 38. C'est toujours la même chose. Soit j'ai des patients diabétiques relativement compliants : ils sont faciles à traiter avec des traitements que je maîtrise. Il n'y a pas trop de problèmes. Ce sont des petites doses d'informations. Soit j'ai des patients qui posent problème avec déséquilibre des régimes, un suivi impossible et je les adresse à mes correspondants diabétologues. Ce n'est pas moi qui m'en occupe. Ils sont pris en charge et hospitalisés pour les recadrer avec une formation à l'hôpital pendant deux, trois jours. Je ne les envoie pas directement à ProxYDiab 38.

Céline : Manquez-vous d'arguments pour proposer cette structure ?

Les gens trouvent ça compliqué, c'est loin. Ce ne sont pas des gens de 25 ans sauf exception. Soit ils travaillent et n'ont pas le temps. Soit ce sont des personnes âgées qui ont du mal à se déplacer. Avec une structure décentralisée, ça serait bien. L'accessibilité est un frein mais c'est moins embêtant qu'à l'hôpital. Pourtant, c'est accessible en tram mais ils ne le prennent pas tous.

Céline : A quel type de patient proposeriez-vous ProxYDiab 38 ?

Ceux qui sont généralement bons vivants avec un syndrome métabolique, qui ont des épouses compliantes pour la cuisine.

Céline : Qu'attendriez-vous de cette structure pour vos patients ?

La proximité, la disponibilité et le fait de pouvoir remettre des documents. Des fiches simples. Quand on leur découvre un diabète, ils disent « je ne peux plus manger du sucre, des pâtes ». Mais si. Il faut faire passer les messages car les gens repartent sans se rappeler ce qu'on a pu leur dire. Des fiches avec des conseils diététiques. Les conseils d'exercice physique, c'est moins compliqué. Leur dire de prendre les escaliers, ou descendre de l'ascenseur avec un étage de décalage. Leur dire de marcher pour aller chercher le pain, c'est facile à dire. La nutrition, c'est plus complexe.

Céline : Qu'attendriez-vous de cette structure pour votre pratique ?

De me soulager sur les consultations qui ne sont pas assez longues pour les problèmes d'éducation. Pour que les gens ne soient pas complètement naïfs quand on les revoit vis-à-vis de l'éducation thérapeutique. Qu'on puisse cadrer en fonction de nos compétences. Que les patients viennent avec un minimum de savoir et d'acquis. Il faut qu'ils viennent avec des questions plus précises sur des sujets plus pointus. Si on prend cinq minutes, c'est bien s'il y a un acquis préalable. On avance plus vite.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge de votre patient ?

Un courrier électronique nous disant que notre patient a été vu et que tel problème spécifiquement a été abordé. Ça serait pas mal.

Céline : Il existe l'équivalent en courrier papier avec le compte-rendu de fin de passage.

Je ne sais pas quels sont les délais d'envoi. J'espère que ce n'est pas ceux de l'hôpital.

Céline : Je ne sais pas.

Il ne faut pas que ça soit trop long. Il faudrait que nous, on les revoie rapidement pour qu'ils n'oublient pas et ne perdent pas le papier.

Le courrier électronique sur messagerie sécurisée peut être intéressant. Ça serait plus simple. Ils sont vus à ProxYDiab 38 qui leur dit d'aller voir leur médecin la semaine prochaine. Si on sait les thèmes qui ont été abordés, on peut passer une nouvelle couche rapide et se servir des informations. Les difficultés doivent être abordées.

Si vous pouviez avoir un support téléphonique où les gens pourraient appeler pour des problèmes ponctuels. C'est peut-être excessif...

Céline : Un suivi téléphonique est fait tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

Tous les six mois, ce n'est pas suffisant. Appeler quelqu'un tous les six mois, ça ne me semble pas suffisant. Il faudrait appeler une voire deux fois par mois pendant six mois et après le médecin traitant prend le relais et fait les rappels. Mais deux fois par an, ils ne se souviennent pas de ce qui a été fait et dit.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Je serai intéressé mais il faut que je gagne ma vie ! Pour faire des exposés en sachant que je n'ai pas la compétence d'un diabétologue. Pourquoi pas ? Mais il faut pouvoir expliquer à mes patients que je ne suis pas au cabinet à ce moment là. On est accablé de tâches non rémunérées. Je ne voulais pas devenir riche, sinon j'aurai fait autre chose.

Céline : Deux dernières questions. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

Les problèmes de rhumatologie avec chose type école du dos. (Hésitations). Pour les asthmatiques, connaître le pic flow, reconnaître les crises, connaître des chiffres de morbidité, arriver à se servir du traitement. En cardiologie, ils sont bien suivis. Il y a un réseau sur l'insuffisance cardiaque. Ce sont des patients rares et particuliers. Les réseaux sont chronophages et peu productifs. Voilà.

Céline : Si ProxYDiab 38 développait des FMC tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

Oui.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup.

Je vous en prie. Vous n'avez pas été chronophage ! Ça me fait penser, quand on est libéral. J'ai lu un article où un remplaçant disait qu'il était scandalisé que certains médecins faisaient des actes courts et répétitifs. Aux USA, en Espagne, en Angleterre, c'est six minutes la consultation en moyenne.

Céline : C'est incroyable !

En France, on a la durée la plus longue à vingt minutes. Ce remplaçant disait qu'il trouvait honteux d'encaisser des consultations pour faire ça. Il disait que la consultation était un travail long. En vieillissant, il a dû se rendre compte qu'il était obligé de faire ça. C'est particulier de se dire d'être libéral à 55 heures par semaine pour gagner sa vie. Nous ne sommes pas à 35 heures. Ce n'est pas un exercice confortable.

Entretien de MG14

Céline : Merci de me recevoir. L'objectif de ma thèse est d'évaluer quels sont les freins et les facteurs pouvant favoriser l'implication des médecins généralistes à faire de l'ETP. De plus, la perception de ProxYDiab 38 sera étudiée dans mon travail.

Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

44 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1996.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble, centre de santé de l'Arlequin, à la Villeneuve.

Céline : Depuis quand êtes-vous ici ?

Dix ans. J'ai fait mes études sur Paris. J'ai fait des remplacements à Paris.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Salarié. J'ai fait du libéral en remplacement.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

J'en fait de temps en temps. Je n'ai pas trop le temps en fait. L'année dernière, j'ai fait le DU de nutrition. On a des formations entre nous.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

En fait, on a travaillé avec ProxYDiab 38. On voulait une formation sur l'ETP mais il y a eu une mauvaise compréhension... donc non.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Ah ! Écoutez. J'ai une file active de 500 patients, on fait une liste exhaustive, j'ai environ 30 patients sur 500. 6 %.

Céline : Nous allons passer à l'entretien en lui-même. Il est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde concerne ProxYDiab 38 et la dernière partie est une ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

En rien ! J'ai une façon de travailler. Quand je vois les gens, je leur explique toujours ce qu'ils ont. Pour le diabète, j'essaie de leur expliquer et ce pour quoi c'est important de faire telle ou telle chose. Ceci dit, c'est vrai que ce n'est pas fait dans les règles de l'art. Je ne pars pas forcément de ce qu'il sait même si j'essaie de m'y mettre. Le côté explicatif et pour motiver les gens à se prendre en charge, je l'ai toujours fait. Ça n'a rien changé.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

La langue... Le temps de consultation... La complexité des dossiers. Ceux à qui ont fait de l'ETP, ce sont ceux qui ont beaucoup de choses. Pour concilier les deux, c'est difficile. Il n'y a pas de traducteur. On leur dit de venir avec quelqu'un de la famille qui parle français. Certains ne le font pas, d'autres n'ont pas de famille. Des fois, on comprend ce qu'on peut. Là, c'est impossible de faire de l'ETP. On a beaucoup de patients qui ne parlent pas français. La motivation des patients, leur adhésion. Culturellement, ils sont fatalistes. C'est difficile d'aller contre un certain nombre de croyances. Comme « l'huile d'olive, c'est bien ! » vu la durée de vie d'une bouteille de un litre... : Quinze jours ! Mais avant d'être de l'olive, c'est de l'huile. On est confronté à un certain nombre d'évidences pour eux. C'est culturel, c'est ancré en eux. C'est difficile de les faire changer là-dessus. Dans le cadre du diabète, on a beaucoup de personnes maghrébines. Ils connaissent des gens diabétiques dans leur famille. C'est la fatalité. S'il y a des complications, c'est normal, ils l'ont déjà vu chez les autres. Ils sont fatalistes et on laisse faire les choses. Ils vont suivre le traitement ; on arrive à avoir des prises de sang. Pour ce qui est de l'adhésion alimentaire et activité physique...

On essaie d'adapter la durée de consultation. La secrétaire le sait.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative ?

On n'a pas de ressources particulières. Si on a besoin, pour les injections : il y a les infirmières. On s'aide de ProxYDiab. Mes connaissances. On n'a pas de documents particuliers. Des patients plus faciles et non malades, ça m'aiderait ! Je pense que même un traducteur, ce serait inutile. Mes collègues ont plus de patients avec des problèmes de langue. C'est une question de mentalité et ça c'est compliqué. Je ne sais pas s'il y a des outils pour nous aider. Ceux qui vraiment besoin, quand on leur propose d'aller à ProxYDiab 38, on a du mal. Ce sont des gens diabétiques depuis longtemps qui sont déjà allés à l'hôpital et ne veulent pas refaire.

Céline : Deuxième partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

Par Pr Halimi. Il est entré en relation avec les centres de santé. Il voulait faire un partenariat. Il y avait eu une présentation.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

On essaie de se mettre en phase avec eux. J'essaie plutôt d'envoyer mes patients qui rentrent dans le diabète par rapport à ce point culturel pour certains. Par rapport à leurs critères : des patients sous anti diabétiques oraux sans multi injection, qui comprennent le français. Il faut des patients motivés. Ils ne sont pas très déséquilibrés : j'en ai deux ou trois à 9, 10 % mais ils ne relèvent plus de ProxYDiab car sous plusieurs injections d'insuline.

Je pense qu'ils sont avec un problème d'activité physique et de nutrition. Certains c'est un problème d'envie ou d'autres financier.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative comme une diététicienne, un diabétologue ?

Je n'en attends pas la même chose. Des diététiciennes sont présentes ici : quand j'ai besoin, j'adresse des patients pour la perte de poids, par rapport à des connaissances diététiques qui sont indispensables. Après ce n'est pas la même approche. La diététicienne fait une approche individualisée. C'est une aide sur leurs propres habitudes alimentaires, d'induire des changements par rapport à ça. Proxydiab, pour moi, c'est une façon de prendre conscience de ce qu'est le diabète même si on essaie. Comme c'est en groupe, ils vont être confrontés à d'autres représentations du diabète et ça peut les aider à se positionner différemment par rapport à leur maladie. Peut-être à ce moment là, arriver à intégrer et à faire leurs ce que nous on leur dit en consultation. Essayer de trouver une résonance par rapport à ce qu'on leur dit, ce que leur dit la diététicienne... Quelque part, il faut faire le lien entre ce qu'ils entendent à ProxYDiab 38, sur des généralités imagées et par rapport à ce que disent d'autres patients. J'attends un déclic pour le patient.

L'accessibilité est un problème pour les horaires, pour ceux qui travaillent. Sinon, c'est proche du tram. Parfois, des gens plus âgés qui ont du mal à se déplacer mais ils ne sortent pas du quartier de toute façon. Mon problème, ce sont les actifs qu'il faut éduquer. Surtout au début du diabète. Je les envoie quand même voir s'ils peuvent s'arranger pour leurs horaires, pendant leurs vacances. Ça serait bien que Proxydiab fasse des sessions entre 18 et 20h s'ils ont beaucoup de demandes. Je leur dis de prendre contact et de voir. S'ils ont plus de temps, qu'ils soient connus de la structure. J'essaie de gérer comme ça. Je les préviens par rapport aux horaires mais je leur dis d'appeler. Ceux qui sont diabétiques depuis quinze ans, bon. Est-ce utile ?

Céline : Quels changements avez-vous constaté chez vos patients ?

Pour l'instant, je n'en ai pas eu énormément. J'en ai qui sont revenus et qui sont contents. Par contre, deux ou trois n'ont pas encore fini les sessions. Il y en a un qui a perdu un peu de poids mais il est suivi en parallèle avec la diabétologue. C'est un patient retraité français sans problème de la langue, ni de problème culturel. Ça fait des années que je lui dis de perdre du poids, il avait toujours des excuses pour ne pas le faire jusqu'au jour où il a fait une entrée fracassante dans le diabète sous forme de décompensation aiguë. Je surveillais sa glycémie tous les ans car il est hypertendu. Il a été hospitalisé donc il est suivi par le diabétologue. Je le suis moins pour le diabète. Son passage à ProxYDiab 38 a été efficace pour lui sur le poids. Pour l'instant, il n'y a pas de changement pour l'HbA1c. Mais j'ai peu de retour pour l'instant. Sur le plan comportemental, j'ai peu de retour pour l'instant.

Céline : Quelles répercussions sur votre pratique avez-vous noté après le passage à ProxYDiab 38 d'un de vos patients.

Pas par rapport au fait qu'ils y soient allés. Par rapport à moi, le fait d'avoir une mini formation avec eux pour l'éducation thérapeutique. J'essaie de changer en leur demandant « ce qu'ils sont prêts à faire » plutôt « il faut faire cela ».

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous eu des difficultés ?

Cette espèce de partenariat. Ce n'est pas toujours ça. J'ai l'impression qu'ils ne sont pas ancrés dans notre réalité. On leur avait demandé une formation. Ça a mobilisé douze médecins et fait sauter une heure et demi de consultation pour plus de dix médecins. Par rapport à ce qu'on attendait au départ, il faudrait faire ça la prochaine fois. On ne peut pas car ça a un coût énorme. Par rapport à des horaires. Ils sont vraiment dans le côté éducatif, où on prend du temps, une heure par exemple sur le premier rendez-vous. Ce n'est pas le même monde. C'est pour ça qu'on ne fait pas les mêmes choses. Le but ce n'est pas qu'on fasse ce qu'ils font. Des fois, j'ai cette impression là. On n'est pas sur les mêmes bases sur le mode de la coopération. On n'a du mal à se comprendre mutuellement. Est-ce de notre fait, de leur fait ? On s'exprime mal, on comprend mal ce qu'on nous propose ? Les relations sont conviviales. Sur cette histoire de formation, nous sommes d'accord. Il n'y a pas de soucis pour récupérer des flyers.

Au début, il était question de faire un groupe ici. Du coup, on n'a envoyé que peu de monde. Il y a eu une incompréhension après avoir rediscuté avec eux. On a changé notre fusil d'épaule depuis septembre : on envoie les patients qui peuvent y aller. On verra le profil de ceux qui restent, savoir si on fait un groupe ici. On a adressé plus de patients ; je ne sais pas s'ils ont pris rendez-vous. Je l'ai proposé à plus de la moitié de mes patients à qui j'ai proposé et donné un flyer.

Céline : Comment arrivez-vous à convaincre vos patients ?

Il y a le problème des horaires. J'en ai beaucoup de personnes qui travaillent, 58,59, 48, 45 36 ans...

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge de votre patient ?

Comme pour l'instant, j'ai peu de retour, c'est difficile de dire. Le côté de leur téléphoner deux, trois fois dans l'année pour voir où ils en sont. C'est une bonne chose car il n'y a pas de rupture de contact.

C'est pour ça que j'ai été déçue de ne pas avoir ce qu'on voulait pour la formation parce que ce qu'on aurait voulu, c'était de voir comment continuer l'éducation thérapeutique. C'était avoir quelques clefs de manière à pouvoir rebondir sur ce qui a été fait et donc par rapport à ça, pouvoir voir s'il y a des moments où le patient pourrait y retourner. Du coup, on manque de cette capacité, en tout cas moi, de juger vraiment. A part leur demander « pensez-vous apprendre encore quelque chose ? », « voudriez-vous y retourner ? » ; le patient me dit non ça va. Que fait-on derrière s'il n'y a pas d'amélioration ? J'attendais des clefs pouvant être appliquées pour nous aider à refaire le point avec eux par rapport aux objectifs. Pour l'instant, je n'ai pas reçu de compte-rendu. Il y a les objectifs qui sont bien, de se dire si on est ou non dans l'objectif. Si on n'y est pas, pourquoi ? Le patient veut-il refaire des ateliers pour atteindre l'objectif fixé ? A part ces questions que je vois, pourrait-il avoir d'autres choses à approfondir et rebondir avec les patients. Pour éventuellement, voir si le patient, au bout d'un an ou deux, est demandeur ou que ça serait utile, pourrait refaire des modules sur un thème.

Céline : Qu'attendriez-vous d'un compte-rendu de fin de passage ?

Avoir les objectifs fixés et les difficultés du patient pour m'appuyer sur ces informations. Nous, on ne peut pas creuser en consultation. Je ne sais pas dans combien de temps, ils vont arriver !

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Quel rôle ? J'aime bien le diabète. Un rôle, pourquoi pas ? Animer des groupes, je ne sais pas parce que je n'ai pas la formation pour l'instant. Je n'ai pas réfléchi à ça. Pour l'instant, c'est Céline Farre qui est le médecin. La manière dont fonctionne la structure, il y a peu de place pour d'autre médecin... Pourquoi pas si je peux diversifier ma pratique, avoir une autre approche. Faire un peu autre chose. Pourquoi pas ?

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

Au quotidien...L'obésité, c'est une pathologie ? (Rires). Les problèmes d'hypertension mais je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de choses à éduquer. L'asthme, la BPCO, le tabagisme : ça pourrait avoir un intérêt d'aider les gens à poursuivre l'activité physique.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC tout particulièrement en éducation thérapeutique, seriez-vous intéressée ?

Oui, avec une demande comprise. (Rires). Une vraie formation par des gens qui le font tous les jours. Leur but, ce n'est pas qu'on fasse de l'ETP car financièrement, ce n'est pas viable. Dans nos consultations, on voudrait un appui pour aller dans le même sens, ne pas ramer à contre courant.

Céline : C'est fini. Auriez-vous d'autres choses à rajouter ?

Non, j'ai tout dit !

Céline : Merci encore !

Entretien au cabinet de MG14 le 05/04/2011 à 12h, entretien de 27 minutes 59 secondes.

Entretien MG15

Céline : Merci de me recevoir. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs pouvant impliquer les médecins généralistes pour faire de l'ETP au cabinet. Par ce biais, évaluer la perception de ProxYDiab 38.

Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

50 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1990.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Gières.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée ici ?

1990. Depuis le début !

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Médecine générale et acupuncture en libéral avec deux associées.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

Oui. J'en ai fait une cette année sur les conduites addictives. L'année dernière sur les urgences extrêmes, en ophtalmo. Cette année, j'ai fait une formation d'une journée par mois sur le cancer du sein. Le DJEDAI.

Céline : En avez-vous fait concernant l'ETP ?

Pas que du diabète ? J'ai fait un cycle.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

(Hésitations). La question qui tue ! Je ne sais pas ! 15 %, c'est bien je pense. Ça augmente !

Céline : Nous allons passer à l'entretien en lui-même qui est en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

Strictement rien. (Rires). La législation ne nous apporte rien ! J'essaie de faire de l'éducation mais on n'a pas le temps. Faire de l'ETP correctement avec des questions ouvertes et non fermées... C'est difficile.

Céline : Vous avez triché ! Quelles sont les difficultés que vous percevez pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le manque de temps. C'est très chronophage si on veut faire quelque chose de correct. C'est essentiellement le temps. Peut-être avoir une formation adéquate plus poussée. J'en ai fait un peu mais ce n'est pas suffisant. Je m'en rends compte. C'est très intéressant. Il faut avoir une certaine critique, il ne faut pas faire que ça ! Il y a des éducations thérapeutiques pour les AVK... On en voit partout, c'est scindé et il faudrait une synthèse de tout ça.

Les patients... Les patients, ça ne leur parle pas du tout ! Ils n'intègrent pas. Les AVK, ils n'ont pas compris. Les diabétiques, c'est ma bête noire ! C'est catastrophique. Ce n'est pas qu'ils ne veulent rien entendre. Mais ça les perturbe, panique tellement. C'est difficile d'accrocher. Le cholestérol, ... Faire passer qu'il faut faire du sport, qu'il n'y a pas que l'alimentation. C'est un coup d'épée dans l'eau. Ils ne sont pas de bonne volonté ! Il n'y a que les cachets qui vont les sauver. Je prends mon cacheton donc tout va bien. Le sauveur c'est le comprimé. Tout le reste reste en arrière plan. Ils perdent du bon sens.

Céline : Quelles sont les ressources que vous percevez au cabinet pour avoir une approche éducative ?

Concrètement. Je m'appuie sur mes connaissances. On s'appuie sur les régimes, sur ce qu'ils mangent. Je fais le score cardiovasculaire : l'âge de leurs artères peut donner une ouverture. J'essaie de savoir s'ils prennent le bus en leur demandant de descendre une station avant. J'essaie de faire des contrats par exemple. Parfois, ça marche mais pas pour tous ! Leur faire faire des petites choses et voir l'amélioration, pas toujours miraculeuse. Ça peut leur faire du bien. Je m'appuie en leur expliquant le bon, le mauvais cholestérol. Je fais des dopplers, ça leur parle. « J'ai des plaques d'athérome dans la carotide ». Ça marque plus. Je n'ai plus de petits régimes en cas d'hypertriglycéridémie, par exemple... Mais maintenant, les labos ne donnent plus rien. C'est bien car ça leur fait des choses à lire. Je leur donne de la documentation comme les soins dentaires chez les diabétiques. J'ai fait une fiche pour les diabétiques avec les vaccins mais je n'ai pas le temps. Je ne la fais plus. Il faudrait deux consultations pour remplir la fiche correctement : la pédicure... On n'a pas le temps ou alors la clientèle déborde. C'est le temps de les voir en consultation. Soit on se dit je fais ça mais il faudrait des infirmières. On ne peut plus gérer tout ça, vu le manque des médecins actuellement. C'est un travail d'infirmières.

Céline : Deuxième partie concernant ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

J'ai reçu l'invitation donc j'y suis allée ! (Rires). J'ai reçu par courrier.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. Avez-vous adressé des patients ?

Ils ne veulent pas y aller. Je l'ai proposé à une bonne partie. Ils ont peur du groupe essentiellement. J'en ai parlé il y a quatre jours, le patient m'a dit « non, moi être avec d'autres ». Ils ont peur du groupe. Face à face avec un médecin, une diététicienne, ça va. Je leur explique que tout le monde va poser ses questions, vous aurez des explications. Vous n'aurez pas peur d'être bête. On va vous expliquer ce qu'est le diabète, à quoi servent les traitements, le régime, l'exercice physique. Rien à faire. Le fait d'être avec d'autres, c'est blocage... Soit ce sont des gens qui sont actuellement capables de comprendre, mais ils ne veulent pas se retrouver en association de malades. Le patient, il y a quatre jours m'a dit : « j'ai l'impression que vous me proposez les alcooliques anonymes ». Cette réponse là. Ou alors d'autres qui ont un niveau intellectuel peu élevé qui me disent : « je ne vais pas y arriver, je n'arriverai pas à parler ». Ils sont paniqués et cette dynamique de groupe ne passe absolument pas. Très drôle car je ne pensais pas que ça bloquerait. Tous ceux à qui je

propose, c'est ça. Ils sont motivés quelque part, « tiens c'est bien ». Une fois qu'on leur explique comment ça se passe, vous êtes plusieurs et là c'est fini. Mon patient d'il y a quatre jours, je pense que ça vaut le coup.

Ils ne demandent pas où c'est. Ils se stoppent dès qu'ils savent que c'est en groupe. C'est difficile si ça leur fait peur. J'ai un monsieur que j'ai envoyé au Dr Farre en lui mettant de le motiver pour ProxYDiab 38. Ça serait tellement bien qu'ils comprennent leur diabète. Ils manquent de confiance en eux et ils ne veulent pas. Je pense à un patient gitan qui sait lire et écrire, il est jeune mais il se sent diminué par rapport aux autres. Ils manquent de confiance en eux, c'est bête.

Céline : Souvent ils sont ravis après les ateliers après échange de leurs expériences...

Du coup, à quel patient avez-vous essayé de proposer ProxYDiab 38 ?

Ce monsieur gitan, car il est diabétique très sévère avec une artériopathie à 34 ans. Il continue de fumer. Je lui dis : « il faut faire quelque chose ». En diététique, il fait n'importe quoi. Il me dit : « je vais chez la diabétologue ». Elle lui explique avec ses mots donc il ne comprend rien. Lui, ça serait tip top en prenant le temps, lui expliquer. Il prend ses comprimés, il fait un peu plus attention. Il a arrêté le coca cola après m'avoir dit qu'il ne prenait plus de sucre !

Ce type de personnes jeunes, diabétiques de type 2 avec du cholestérol et fumeur. Là, c'est très difficile. Le tabac, on y arrive mais c'est reparti s'il perde leur travail, s'il divorce... On n'y arrive pas... Ils sont jeunes : je suis désolée. On n'a des chiffres pas trop mauvais mais avec une hygiène de vie catastrophique. C'est la problématique de la diététique, de l'activité physique, du tabagisme et de l'alcool. On se dit qu'il va droit à l'infarctus. Biologiquement, pas trop déséquilibré mais tout ce qu'il y a à côté... On n'a rien gagné. Les patients ne sont pas demandeurs. Ils savent mais ils n'y arrivent pas. Ils me disent « je sais ». Vous faites du sport ? « Non ! ». Parfois ils ont un travail physique. J'aurais bien aimé qu'ils entendent ce qu'est le diabète. On a beau leur dire et on a l'impression que c'est sans impact. Ils ne voient pas toutes les complications car ils sont jeunes et c'est insidieux. Ils ne comprennent pas. Il y a aussi des problèmes d'observance, sur le plan thérapeutique.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une diététicienne, une diabétologue ?

La gratuité ! C'est vrai que mon geste ne s'entend pas ! (Rires). Une équipe franchement compétente, à l'écoute. Le côté pluridisciplinaire et le côté du « je ne vais pas à l'hôpital ». C'est différent sur le plan organisationnel mais c'est la même chose qu'à l'hôpital, la même prise en charge. Ceci de façon plus sympathique, hors structure hospitalière, mais ça ne marche pas. Je n'ai pas de flyers. Les diététiciennes en ville, ce n'est pas pour tout le monde.

Céline : Vous pouvez leur écrire pour récupérer des flyers. Pour continuer. Qu'attendez-vous de cette structure éducative pour vos patients ?

Ce que j'ai déjà dit. Essayer de gagner sur un point. S'il me dit « j'ai compris qu'il fallait arrêter de fumer. Je suis d'accord pour prendre des patchs ». Là, on a déjà gagné formidablement. Ils prennent une claque, qu'il y ait une conscience qui se fasse. Au niveau de la diététique, c'est difficile car ce n'est pas pour toutes les bourses. On n'a pas le temps de décortiquer et on n'est peut être pas les meilleurs ! On dit des conneries grosses comme nous. J'attends une prise de conscience et qu'ils acquièrent des connaissances.

Céline : Qu'attendez-vous de cette structure éducative pour votre pratique ?

Sur ma pratique ? Des cours de diététique ? J'aimerais bien et ça me ferai du bien ! (Rires). Je rêve de faire des cycles réguliers sur le diabète. Une formation, mais pas où on a des soirées de traitement. J'aimerais qu'on reprenne tout. J'ai fait des FMC sur le diabète. On en a besoin et tout évolue ; il faut qu'on ressasse.

Je ne sais pas encore si ça peut m'aider dans ma pratique. C'est une inconnue totale pour l'instant.

Céline : Quel rôle aimeriez vous avoir dans cette structure ?

Ça peut être intéressant mais je n'ai pas le temps. Ça doit être très très intéressant. Présenter des modules, pourquoi pas mais il faut être capable. Il nous faut une formation correcte pour ça. Le diabète c'est intéressant et on en a de plus en plus. C'est l'avenir de la médecine donc il faut qu'on s'y applique. J'aimerais être plus performante dans ce domaine.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la continuité après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge ?

(Hésitations). Faudrait-on qu'on fasse des réunions de synthèse ? Ça peut être intéressant. Avoir un courrier de ProxYDiab 38. Savoir ce qu'est devenu le patient, s'il y a eu des améliorations, suivant ce qu'on leur dit on peut repropose ProxYDiab 38. C'est peut être plus facile que des réunions.

Céline : Actuellement, il existe un compte-rendu de fin de passage où est abordé le parcours du patient...

Mais six mois après il faut que ça continue. On reçoit le courrier avec une question. Par exemple, « a-t-il arrêté de fumer ? ». On rappelle ProxYDiab 38 pour leur dire. Si on n'a pas été efficace, on reconvoque le patient. Le compte-rendu doit nous aider à cibler pour voir six mois ou un an après où on en est. Il nous faut les difficultés du patient.

Céline : Actuellement, un rappel téléphonique est organisé tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

C'est bien. Il faudrait que le médecin reçoive un questionnaire de ProxYDiab 38 pour voir où on en est. Revoir ensemble si le patient devrait faire un nouvel atelier.

Céline : Quels sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

(Hésitations). Les asthmatiques quand même. Les AVK, c'est fait heureusement ! Mais il faut qu'ils soient passés dans un service hospitalier. Sinon, ils se débrouillent avec leur traitement. Je dirai l'asthme qui est une maladie chronique difficile, l'importance du traitement. Les cardiovasculaires en général qui ne comprennent rien. Les patients stentés qui fument !

Céline : Si ProxYDiab 38 organisait des FMC, tout particulièrement, en ETP, seriez-vous intéressée ?

Oui.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup. Auriez-vous d'autres choses à me dire ?

De rien. Non c'est bien. Entretien au cabinet de MG15 le 05/04/2011 à 13h30, entretien de 23 minutes 41 secondes.

Entretien MG16

Céline : Merci de me recevoir.

C'est calme en ce moment sinon je n'aurais pas pu.

Céline : Je sais donc j'en profite ! L'objectif de ma thèse est d'évaluer les facteurs pouvant freiner ou favoriser l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et par ce biais la perception de ProxYDiab 38. Pour l'instant, on n'a aucun de vos patients.

C'est propre à moi ou c'est plus général ?

Céline : Le frein vient plus des patients. Ma thèse essaiera de pérenniser le financement ARS entre autre.

Pour débiter, j'ai fait une fiche descriptive à remplir. Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

Bonne question ! Je vais avoir 59 ans. Je ne compte plus à partir d'un certain âge !

Céline : Votre année de thèse ?

1980.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble, centre à l'île verte.

Céline : Votre année d'installation ?

1980, l'année de la thèse.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral sans associé.

Céline : Faites-vous des FMC ?

Cette année, j'ai fait deux weekends avec la iatrogénie des personnes âgées et l'insomnie. Je fais partie d'un groupe de pairs et on se réunit un mardi par mois.

Céline : En avez-vous fait concernant l'ETP ?

Je vais en faire une sur l'obésité de l'adulte en mai. Deux jours en mai. Ça me paraît assez intéressant.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Pas mal. (Hésitations). Un sur dix. Je dois les avoir.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde ProxYDiab 38 et il y a une ouverture pour finir.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP en priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle modifiée votre pratique en ETP ?

En rien ! Alors je vais vous dire en rien du tout ! À mon petit niveau, j'essaie de faire de l'éducation. Ça n'a rien changé. Je ne me suis pas senti plus concerné par ça. Il faudrait qu'on change notre mode de travail, je ne sais pas. Etre plus dans le préventif... Il y a plein de choses à faire car l'éducation thérapeutique, ça demande du temps.

Céline : Je rebondis. Quelles sont les difficultés que vous percevez pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le problème, c'est que c'est pour un renouvellement tous les trois mois. Sur une consultation de vingt minutes à 23 euros. Tout ce qui faut faire « médecine » avec l'interrogatoire, l'examen clinique, vérifier ce qui est à faire, ce qui ne l'est pas. Déjà ça, c'est une prise de tête pas possible. Il reste la fin de la consultation pour l'éducation thérapeutique, c'est léger. Ma mauvaise formation, au quotidien. C'est vraiment un poids. Je fais partie de la génération des gens qui n'avait aucune formation en diététique. Il n'y avait pas de certificat. On l'a fait à l'arrache soit tout seul, sur nos enseignements post universitaires en piquant des trucs à droite à gauche. C'est une difficulté aussi. Le temps, il faudrait un temps imparti pour ça. Une consultation annuelle impartie pour ça. Pour qu'on puisse vraiment faire les choses correctement. Troisièmement, il y a la résistance des patients. De toute façon, les patients polyvasculaires sont des épicuriens. Lui dire d'arrêter de manger gras ni sucré, arrêter de fumer, de boire de l'alcool, de faire du sport. Il vous dit : « je n'ai plus qu'à crever ». C'est la réponse à chaque consultation. Il y a le niveau socio économique. Faire un régime quand on n'a pas de rond, c'est pratiquement impossible. Ça coûte cher de faire un régime. Le niveau socioculturel et socioéconomique. Il faut se battre pour tous les régimes inadaptés : régime dukan et compagnie. Ce n'est pas forcément ça la solution. Elles perdent dix kilos tous les ans. Les femmes... On ne s'arrête jamais. C'est horrible. En ce moment c'est calme mais de septembre à mars, c'est des périodes à fond. Il faudrait qu'on ait une consultation de synthèse annuelle pas forcément pris en charge par le patient. Une consultation de 2C où on met tout à plat. La personne vient et on revérifie tous les paramètres de suivi biologiques ou chez les spécialistes. On voit nos erreurs et on remet à plat la diététique, sa situation sociale actuelle. Evaluer ses difficultés actuelles et savoir s'il veut faire un régime ou pas.

Céline : Auriez-vous des choses à rajouter ?

Je n'ai pas préparé donc je vous balance tout ça comme ça. Quatre points.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative ?

Pas grand-chose. J'ai mes pompes. Je me suis fait des modèles de régimes tout simples que j'imprime aux patients. Mes ressources à part le dialogue avec le patient. Mes ressources, c'est tout ce que je sais du patient. On est médecin traitant donc on connaît leur mode de vie, leur métier, leurs difficultés, leurs problèmes dans la vie donc c'est un énorme outil. Après, il faut qu'on s'adapte. Il faut fonctionner dans l'empathie. Ça ne sert à rien de vouloir soigner des chiffres et vouloir rentrer dans des chiffres. J'ai complètement renoncé à ça. Des fois, je préfère me contenter d'une Hba1c à 7 % qu'à 6.5 % chez un jeune parce que je sais qu'il est bien dans sa peau à 7 mais qu'il souffre pour rester à 6.5 %. Je m'adapte aussi pour le cholestérol : je vérifie les artères du cou, ophtalmiques chez l'angiologue. Une épreuve d'effort normale : ma foi. Avec un

LDLc limite, je lui donne les consignes diététiques, de bien bouger et je ne traite pas pour l'instant. Je ne suis pas hors AFSSAPS. Je soigne des gens pas des tableaux, ni des chiffres. Là haut, il faudrait qu'ils arrivent à le comprendre.

Céline : Concernant ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

La diabétologie m'a toujours intéressée car on en voit beaucoup. J'ai vu qu'il y avait cette structure sous le nom du Pr Halimi qui est un type brillant. J'en ai profité pour passer une soirée avec eux par gourmandise ! (Téléphone). A parte sur le coup de fil.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. Avez-vous adressé des patients ?

Je l'ai proposé trois fois. Trois fois... L'excuse c'est le temps. En fait ce sont des gens qui refusent. C'est un peu comme les stages à l'hôpital. C'est chaque fois la même chose. Dès qu'on essaie de construire quelque chose avec ces diabétiques, on se fait envoyer sur les roses. J'ai l'impression que c'est une fuite, un déni de la maladie. Tous ceux que j'ai, ils sont un peu forts. Ils sont dans le déni de leur maladie et il faut se battre en permanence pour tout, tout, tout. Ceux qui sont extrêmement assidus, ils n'en ont pas besoin. C'est le problème. Ce sont des gens dès que vous leur expliquez un truc, ils en font presque trop. Ils se piquent souvent, ils pèsent tout. Je leur dis de relâcher un peu. Ceux là n'ont pas besoin de ProxYDiab. Les autres, bons vivants, obèses... J'ai trois copains que je suis, à qui j'ai proposé la structure. « Tu ne te rends pas compte, je ne peux pas prendre rendez-vous, je suis à Nice, je n'ai pas le temps »... Toujours une bonne excuse. Quand je leur explique comment ça va se passer : ils savent très bien et n'ont pas envie car ils ne le feront pas.

Céline : A quel type de patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Des vieux diabétiques un peu résistants, non équilibrés. Souvent en surcharge pondérale. Il n'y a pas de demande du patient. Ils n'ont jamais de demande. C'est toujours nous qui devons proposer. Il faudrait qu'on y soit, nous. Je ne sais pas ? La problématique vient de la nutrition et l'activité physique. L'activité physique c'est ce qu'ils font le plus facilement quand on leur demande d'en faire. Je leur rappelle à chaque fois. La prise en charge, c'est trois choses. C'est régime, activité physique et éventuellement les médicaments. Le message est bien passé chez moi. L'activité physique, ils n'y pensent pas mais ils le font assez bien.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, type diététicienne, nutritionniste, diabétologue ?

Les diététiciennes, je m'en sers essentiellement pour l'obésité mais peu pour le diabète. Je pense qu'elles sont valables mais je préfère qu'il y ait un médecin qui sache interpréter des Hba1c, qui sache voir la polypathologie du patient. J'ai l'impression qu'elles ne voient qu'un petit bout de la lorgnette. Ça me plaît plus qu'il y ait un médecin superviseur. Dans l'obésité, ça ne me gêne pas que ça soit des diététiciens car j'ai fait mon travail avant. La pluridisciplinarité et la gratuité. Ça finit par coûter cher.

Céline : Qu'attendez-vous de cette structure éducative pour vos patients ?

C'est de faire passer le message de l'hygiène de vie globale. On essaie de faire passer nous mais le patient doit l'acquérir. Je pense que faire du sport, le message je le passe bien car je suis médecin du sport. C'est plus la diététique : savoir les aliments à reconnaître, comment les préparer.

Si vous voulez, je dirais qu'ils aient réponse à toutes les questions qu'ils peuvent se poser sur la maladie. ProxYDiab 38 essaie de leur faire peur. Nous, ils se marrent quand on leur dit vous allez boucher vos artères, devenir aveugle. S'il y a un organisme extérieur avec les mêmes messages en douceur, ça peut être éducatif. Il y a plus d'impact car je fais partie un peu des murs avec trente ans de pratique. Des fois, je dois me battre pour faire la consultation car on parle des mômes, ... Je dois les arrêter en leur disant : « je dois faire de la médecine ».

Céline : Qu'attendez-vous de ProxYDiab 38 pour votre pratique ?

M'enlever du boulot ! Me soulager. M'enlever le sale boulot. Où il faut faire preuve de rigueur, d'autorité et ce n'est pas évident. Chez un patient, l'autorité et l'empathie c'est difficile et ça ne se marie pas toujours ensemble.

Céline : A votre avis, comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée avec ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge de votre patient ?

(Hésitations). Peut-être des informations par mail aux médecins pour rappeler l'existence de ProxYDiab 38. Ça serait peut-être intéressant. Pas des informations papier car on en reçoit beaucoup et on les jette. Une information par mail un peu comme une formation continue à travers ce système.

Céline : Actuellement, il existe un compte-rendu de fin de passage, qu'en attendriez-vous ?

Les difficultés et échecs, ce que les patients ont appris. Mais il faut quelque chose de très succinct ; il ne faut pas quatre pages sinon on ne lit pas. Il faut une conclusion bien claire en trois lignes. Je m'en sers pour la suite de la prise en charge. Il n'y a pas d'intérêt de tout mettre car certaines informations sont inutiles. Par exemple les comptes rendus d'hospitalisation avec tous les bilans réalisés lors de l'enquête diagnostique.

Céline : Un suivi téléphonique par ProxYDiab 38 est réalisé tous les six mois auprès du patient. Qu'en pensez-vous ?

Je pense que ce n'est pas mal. Six mois, c'est long : ils ont temps d'oublier. Les gens comme ça en un mois, ils ont repris leurs mauvaises habitudes. Trois mois maximum. Ce sont des gens qui reprennent très très vite de mauvaises habitudes. Trois mois et demi. Pourquoi ne pas proposer des nouveaux ateliers. On peut solliciter la structure et reproposez aux patients. Ça risque d'être difficile car les patients connaissent la structure, le système. Ils diront : « je l'ai déjà fait ». Je l'ai vu avec le CHU, une fois mais pas deux. Ils estiment qu'ils ont investi à vie : « je sais, je sais, je connais ; on me l'a dit ».

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Alors là, je ne sais pas. Un rôle ? Je n'ai pas de rôle à avoir. Ce n'est pas ma place. Je garde ma place de médecin généraliste. (Téléphone).

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'obésité, les facteurs de risques cardiovasculaires. (Hésitations). Le sportif, non il ne faut pas exagérer. Sur le plan nutritionnel. L'insuffisance cardiaque, la BPCO, l'asthme. L'insuffisant cardiaque, c'est sûr. En rhumatologie, on se débrouille. En gastro-entérologie, les spécialistes se débrouillent bien seuls pour les problèmes d'alcoolopathie, de colopathie : ils passent un bon message. En rhumatologie, ils sont gros, obèses avec les genoux pourris, on en revient à l'hygiène de vie où il faut tout reprendre en main.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC, tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

Oui ! Je m'inscris à MG France. J'ai fait trois weekends en diabétologie. Pour le diabète de type 2, le type 1 c'est compliqué. Ça prend du temps et je ne peux pas.

Entretien réalisé au cabinet de MG16 le 05/04/2011 à 14h45, entretien de 27 minutes 30 secondes.

Entretien MG17

Céline : Je suis interne en médecin générale. Je fais ma thèse sur les facteurs favorisant ou freinant l'implication des médecins généralistes à faire de l'éducation thérapeutique et leur perception de ProxYDiab 38.

Tout d'abord, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

56 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1982.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble centre.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

1986.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral exclusif avec une associée.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

Oui, l'année dernière, j'en ai fait six.

Céline : En avez-vous fait concernant l'ETP ?

Oui, avec un laboratoire pour le byetta. J'ai fait une formation avec une endocrinologue de l'hôpital.

Céline : Quelle pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Je suis incapable de vous répondre. Je n'en sais rien. (Recherche sur l'ordinateur). 5 % environ.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il sera en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et il y aura une ouverture à la fin.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

Je ne savais même pas que c'était une loi qui avait dit ça. J'avais assisté à des formations où on avait insisté sur le fait que le patient devait se prendre lui-même en charge. J'ai adapté ma pratique comme ça. Je ne savais pas que c'était une loi qui avait régi ça. Je l'ai car c'est la tendance générale et c'est plus logique de faire comme ça.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Deux choses. Ça prend du temps et c'est parfois difficile d'être concret. Quand on est devant les gens, il n'y a pas de matériel pour leur montrer. On reste sur du descriptif : ils nous racontent ce qu'ils font et nous on leur dit ce qu'il faudrait faire. Mais on ne les voit pas faire. Il faut changer les habitudes, cuisiner autrement, acheter autrement et il y a les problèmes de budget. Il y a des problèmes de compréhension car ce sont parfois des personnes qui ont une compréhension du français pas toujours complète avec un quotient intellectuel variable. C'est du tout venant. Des fois, c'est une impression d'avoir dit les choses mais ils sont bloqués dans leur schéma. On pourrait en parler pendant des heures, ça ne marchera pas. L'avantage c'est qu'on peut leur en reparler plusieurs fois, tous les deux, trois mois selon les cas. On peut remettre une couche chaque fois. (Hésitations). Une difficulté de changer les habitudes, je pense. Au plus long terme, ils partent avec de la volonté. Ils le font une semaine, quinze jours puis ça diminue. Mais certains y arrivent quand même.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je n'ai rien. J'essaie d'être clair. Je fais des explications. Par exemple, je leur fais dire ce qu'ils ont mangé ce jour. Je leur écris pour mettre en évidence les erreurs, les oublis en complétant ce qu'ils pourraient faire. Je parle de l'exercice physique. Parfois, je leur fais faire des calendriers avec leurs repas. C'est lourd mais ça n'apporte pas toujours. C'est peut-être bien pour les enfants pour essayer de le faire prendre conscience des difficultés et que ça soit plus concret. Le fait d'être médecin traitant permet le suivi dans le temps.

Céline : Seconde partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

J'ai reçu un courrier me disant que ça existait et me proposant d'assister à une réunion d'information. J'ai trouvé ça intéressant comme je savais que le circuit diététique de l'hôpital était saturé. Donc j'y suis allé !

Céline : Pour l'instant, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. Avez-vous proposé cette structure ?

Pas depuis que j'ai assisté à la réunion car j'ai eu moins l'occasion de la proposer. C'est marrant. Je n'ai pas eu de gens. A part, un gars très déséquilibré avec une Hba1c à 11.5 % avec une insuffisance rénale qui nécessitait une semaine d'hospitalisation pour prise en charge globale. Si j'ai fait hospitaliser une patiente déséquilibrée avec des corps cétoniques en urgence. Ça me paraissait plus simple. Je n'ai pas spécialement posé la question de ProxYDiab 38 dans ce contexte.

C'est un manque d'occasion.

Céline : Vous manque-t-il des arguments pour proposer cette offre ?

Non je pense que je l'ai oublié. Je ne sais pas si j'ai encore le numéro de téléphone. J'ai le lien internet. On aime bien passer un coup de fil pour informer la structure et savoir le délai de prise en charge.

Céline : A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38 ?

Tous les gens qui ont bénéficié de mes conseils mais chez qui ça n'a pas marché. Ils ne suivent pas ce que je peux leur dire. Ils ont besoin d'une prise en charge un peu plus complète. Dans tous les domaines : diététique et activité physique. Souvent c'est tout qui pêche. C'est rare qu'ils fassent beaucoup d'activité physique avec une diététique « nulle ». Il faut jouer sur les deux.

Je le proposerai quand on est en insuffisance pas en échec thérapeutique. Ça pourrait éviter une escalade thérapeutique. Il y a d'autres solutions avant. Effectivement, ce que j'ai pu dire ou conseiller n'a pas marché et que les résultats restent un peu médiocres.

L'accessibilité n'est pas un frein. Ceux qui travaillent peuvent se mettre en arrêt de travail si besoin.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour vos patients ?

Tout ce qui se fait en hôpital de jour. Rencontrer une diététicienne, leur expliquer, leur montrer comment préparer un repas, corriger les erreurs qu'ils commettent sans savoir. Réexpliquer le diabète, la physiopathologie, la diététique, l'activité physique. Une prise de conscience. Un changement de comportement suivra s'il y a la prise de conscience.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?

De meilleurs résultats pour mes patients. On a peu de temps pour les détails et ça nous libère cette partie là. Je leur dis ça et ils trouveront des renseignements plus précis plus concrets là bas et on en reparle quand je les vois.

Céline : Je rebondis sur ce que vous venez de dire. A votre avis, comment pourrait-on essayer de continuer à interagir après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge ?

Il faudrait un courrier de synthèse du séjour pas trois mois après ! (Rires). Après il faut faire un point et faire que les prises de sang soient adressées aux deux. Une chez vous, une chez nous et on en rediscute par mail, par téléphone. (Téléphone).

Céline : Nous parlions des résultats envoyés aux deux pour continuer à interagir.

Faire un point sur les biologiques qui suivent après. Ça serait bien de revoir leurs patients au bout d'un certain temps pour faire le point. Les rencontrer et faire le point, savoir comment ça se passe, les habitudes alimentaires, l'activité physique. Ça pourrait être à la demande du médecin. Ça serait bien qu'il y ait une visite complémentaire une fois qu'il a été adressé soit par vous, par nous en s'appuyant sur le courrier. Il faudrait refaire le point et alors on le réadresse.

Céline : Vous avez tout dit ! En effet, il y a un compte-rendu de fin de passage adressé le plus vite possible. Un suivi téléphonique est organisé tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

Six mois, c'est long. J'aurai dit dans les deux mois qui suivent. C'est mieux. Au moins la première fois. Après vous n'êtes pas obligés de les convoquer tous les deux mois. Au moins la première fois après la semaine d'éducation, deux mois c'est bien avec une nouvelle Hba1c et on fait le point sur leurs résultats. Le patient peut parler de ses difficultés.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Faire un courrier de présentation, discuter des résultats et faire le point sur les difficultés rencontrées. Etre partenaire en tant que médecin traitant de ProxYDiab 38. C'est dur maintenant, je sature un peu au milieu des activités. J'aimerais faire des ateliers si mon activité me laissait le temps. C'est difficile de prendre mon jour de congés pour encore travailler ! Mais c'est intéressant.

Céline : Dernière partie. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'hypertension artérielle. L'obésité. L'insuffisance rénale, les anti-vitamines K. Les insuffisances respiratoires éventuellement. Le gros problème en médecin générale, c'est le patient hypertendu. Lui faire comprendre bien qu'il n'ait aucun symptôme, il a besoin d'un traitement à vie. L'obèse mais avec des efforts pendant une semaine, c'est toute sa vie. C'est une autre façon de voir les choses, faire de l'activité physique. En cardiologie, on peut étendre aux insuffisants cardiaques, le lombalgique. L'éducation sanitaire, c'est toujours utile et important. On n'a pas forcément le temps, ici de parler de tout ça. On essaie tous de la faire un peu. On le fait un peu.

Céline : Seriez-vous intéressé si ProxYDiab 38 proposait des FMC, tout particulièrement en ETP ?

J'en ai fait assez déjà. Il y a sûrement plein de choses que je n'ai pas comprises... J'ai été très volontaire pour les formations faites par Pr Halimi, deux, trois, quatre... Les glitazones sont sorties pour qu'elles soient retirées... C'est décevant par rapport à notre investissement. Peut-être dans quelque temps. Pour l'instant, je suis à peu près à l'aise là-dessus sans avoir la prétention de tout connaître.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup.

Prise du numéro de ProxYDiab 38. Demande de flyer.

Entretien réalisé au cabinet de MG17 le 06/04/2011 à 9h, entretien de 21 minutes 41 secondes.

Entretien MG18

Céline : Merci de me recevoir.

J'ai senti que vous aviez l'air dynamique au téléphone. Je me suis dit ça vaut le coup !

Céline : Je suis interne en médecine générale en 9^{ème} année. Je fais ma thèse sur les facteurs pouvant favoriser ou freiner l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 et la perception dans un second temps de ProxYDiab 38.

Pour commencer, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

52 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1987.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Voiron.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé ?

1987.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral exclusif sans associé. Je suis médecin sapeur pompier. J'ai un DU de médecine du sport. Je participe à l'ADD où je fais des conférences grand public.

Céline : Faites-vous des FMC ? Si oui, combien par an ?

Oui, j'en fais régulièrement, au moins six par an. Je suis toujours à droite à gauche en EPU. J'ai un congrès de cardiologie, le dernier en diabétologie.

Céline : En avez-vous fait concernant l'ETP ?

Récemment non. J'en ai déjà fait il y a longtemps.

Céline : Quelle pourcentage de vos patients est diabétique de type 2 ?

C'est difficile ! Par jour, j'ai deux diabétiques de type 2. 8 % de ma patientèle car je fais beaucoup de pédiatrie.

Céline : Nous allons passer à l'entretien en lui-même. Il est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP, la seconde ProxYDiab 38 et la dernière est une ouverture.

En 2009, la loi HPST met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle modifiée votre pratique en ETP ?

Ça n'a rien changé. Avant qu'elle soit appliquée, il faudra des années. Si ce n'est que c'est officiel mais pas encore applicable.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le temps. Le temps, c'est tout ! Il n'y a que le temps. Malheureusement dans la consultation du généraliste, on sort sept feuilles différentes... C'est l'enfer. C'est un problème de temps et la disponibilité du patient diabétique pour écouter et enregistrer. Je m'aperçois qu'il faut maximum trois informations par consultation, sinon ça ne passe pas. Ils ne retiennent pas.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je travaille beaucoup avec des atlas descriptifs. C'est essentiellement là dessus. Je leur rabâche à chaque consultation, les objectifs, le pourquoi des HbA1c, des microalbuminuries. Je répète mais le désespoir c'est qu'ils ne comprennent pas ce que c'est. Il y a une part de motivation et de capacité intellectuelle à intégrer. Le fait de pouvoir les voir régulièrement, ça aide. Les recommandations de l'HAS en diabétologie ont permis d'aider le médecin à suivre ses patients et ont motivé les patients à être un peu plus observants. Ils ne font que deux HbA1c dans l'année. Le problème, c'est qu'on évalue les médecins sur le nombre d'HbA1c réalisées et non sur celles prescrites.

Céline : Seconde partie. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

D'une part par un mailing et par la réunion.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit. Avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Oui mais le problème comme je vous disais par téléphone, c'est que Voiron c'est proche sans être proche de Grenoble. Le fait qu'il y ait plusieurs modules sur plusieurs jours différents, c'est le premier frein. Les gens refusent. Il faut trouver le patient vraiment motivé. Motiver des gens de type 2, au dessus de la cinquantaine : soit ils sont actifs et ils ne veulent pas faire plus, soit ils sont retraités et ils ne veulent pas se mobiliser. C'est difficile à cause de ça.

Ce qui est intéressant à ProxYDiab 38, c'est de pouvoir réunir des patients d'origine d'Afrique du Nord. C'est intéressant de travailler en groupe sur le diabète. Je leur propose mais j'ai souvent des refus. « Docteur, je ne vais pas aller faire quatre demi journées ».

Céline : La motivation, rentre-t-elle en jeu à votre avis ?

Je pense que j'arriverais à en inclure en étant sur Grenoble. Actuellement, j'ai des difficultés.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Pour ProxYDiab, je pense qu'il faut des patients diabétiques depuis plusieurs années pour lequel j'aurai voulu faire une piqûre de rappel en éducation. Ce sont ceux qui en ont le plus besoin et qu'on n'arrive pas à motiver. Les patients avec un diabète récent, c'est assez simple. Il est cortiqué et j'arrive à l'éduquer ou alors je l'adresse en double avis à un diabétologue pour avoir une éducation correcte. La difficulté, c'est véritablement d'arriver à remotiver les gens. Ce matin, le patient que j'ai vu, je l'ai entraîné deux, trois fois aux réunions de l'ADD mais entraîné. ProxYDiab, il n'a pas envie. Pas parce que la structure n'est pas intéressante, mais il préfère partir au Maroc en camping car.

Ce ne sont pas des patients en échec thérapeutique. Pr Halimi, c'est un peu mon mentor en diabétologie. Je pense être assez actif en diabétologie. Les gens avec 10-12 % d'HbA1c, je ne les envoie pas. A 7-8 %, je suis déjà dans l'activité thérapeutique importante. Les cycles d'éducation thérapeutique, ça serait plus pour réintégrer les notions aux patients et leur fait comprendre et adhérer au suivi. Leur faire comprendre pourquoi on leur demande tant d'exams pour lesquels ils les font souvent parce que je leur demande et pour me faire plaisir. Ils n'ont pas la notion du pourquoi de l'examen. J'ai beau leur expliquer. Ça passe mieux en groupe.

En nutrition, ils sont souvent demandeurs. Moins pour l'activité physique. Je le vois plus par leur réexpliquer le suivi aussi intensif, le but de l'HbA1c. Ils s'essouffent et nous aussi. On est tout le temps en train de leur rabâcher.

Céline : Qu'est ce qui vous incite à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une diététicienne, un avis de spécialiste ?

La disponibilité et l'envie du patient. On a deux, trois diététiciennes sur Voiron qui sont bien. Malheureusement, la non prise en charge par la sécurité sociale dans le cadre du diabète est un énorme frein. Ils y vont deux, trois fois et on a du mal à les renvoyer. La gratuité est un facteur facilitant.

La pluridisciplinarité fait la qualité.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure éducative pour vos patients ?

Une meilleure connaissance de leur maladie. Qu'ils sachent le pourquoi, du comment et pourquoi on les harcèle à faire tous ces exams. « Mais docteur, je me suis fait une HbA1c il y a peu de temps ». Je leur réponds que ça fait déjà trois mois donc il faut la refaire. La nutrition avec le temps, je suis devenu plus fataliste et j'adapte plus la thérapeutique au mode d'alimentation car les gens c'est difficile de changer leur mode d'alimentation. Souvent, ils ne nous avouent pas tout ce qu'ils mangent. Pour les personnes d'origine d'Afrique du Nord, c'est l'enfer. Ils ont des habitudes de vie de 50 ans et on ne change pas les habitudes de vie au bout de 50 ans. C'est plus facile de prendre un type 1 à 8 ans qu'un type 2 à 55 ans.

Du fait de la nouvelle notion de sucres rapides et lents avec index glycémique, c'est difficile à expliquer aux patients. Je pense que si ProxYDiab arrive à leur expliquer, c'est bien. Ça peut leur apporter des conseils pratiques en nutrition. Car c'est assez complexe. La dynamique du groupe est importante.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure éducative pour votre pratique ?

La meilleure compréhension par le diabétique de son diabète pour me faciliter la prise en charge. Je me fatigue moins pendant la consultation. C'est une aide pour la prise en charge du patient car il aura une meilleure compréhension. On n'a pas le temps de tout leur expliquer. En plus, ils nous demandent plein d'autres choses. Il y a le vaccin, le frottis. Des fois c'est l'enfer. Ce sont des consultations avec des listes de LIDL.

Céline : A votre avis, comment pourrait-on continuer à interagir après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge ?

Personnellement, ça serait plus un rappel courrier à deux ans. Il ne faut pas que ça soit trop rapide. Car ils auront l'impression d'être tout le temps dans leur maladie. Ils me disent « j'en ai marre, je suis tout le temps dans le diabète ». À deux ans, on fait si vous le désirez une évaluation de la persistance de vos connaissances. Sur un maximum de trois heures. Pas un truc répétitif, sans nouveau cycle. Essayer de voir si les connaissances persistent et faire passer s'il y a de nouvelles connaissances. Quand le rappel se fait au patient, ça serait bien de prévenir le médecin.

Céline : Qu'attendriez-vous du compte-rendu de fin de passage qui existe actuellement ?

Je crois savoir qu'il est complet, trapu, bien fourni. Certains de mes confrères disaient qu'ils ne le lisaient pas totalement. En fait, il faut qu'il soit synthétique sur les objectifs principaux inculqués et on voit en consultation si les gens ont intégré ou pas. Ça se sent. Ce n'est pas palpable mais on le perçoit.

Céline : Un suivi téléphonique est organisé tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

Ça peut être un peu lourd. C'est pour ça que je vous donnais la durée des deux ans. C'est lourd pour ProxYDiab 38 et le patient.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Je suis un peu investi dans le diabète. Je serai prêt à faire quelque chose comme je le fais à l'ADD au coup par coup. Ça serait peut-être plus sur le relationnel patient médecin ou le vécu du médecin par rapport à ces patients. Ou inversement, des formations pour les patients. Je veux bien être un des acteurs de ce type de module.

Céline : Deux dernières questions de perspectives. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

La première pathologie qui me vient à l'esprit, c'est la maladie d'Alzheimer bien qu'il existe des associations. Il faut aider et soutenir l'entourage. Il y a RESIC 38 pour les insuffisants cardiaques. Mais le problème de proximité se pose aussi pour le RESIC. Je suis satisfait de GRANTED pour les AVK. Maintenant avec l'espace Mounier, il existe l'éducation en néphrologie. Au niveau réseau, on est assez satisfaisant. L'Alzheimer, ça serait intéressant. Au lieu de multiplier les réseaux, il vaut mieux des réseaux martelant les généralistes en restant à leur disposition. Les réseaux devraient avoir une antenne détachable mobile. Par exemple, ProxYDiab 38 pourrait venir faire de l'éducation thérapeutique au CH de Voiron. J'en ai déjà parlé au Pr Halimi. Depuis qu'on a de nouveaux diabétologues sur Voiron, il nous manque une structure éducative sur Voiron. J'avais proposé d'être acteur de l'antenne sur Voiron. Il y a une espèce de frein dans le temps, dans la mobilité des gens, dans la volonté et la dynamique des gens.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC, tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

Oui à condition que ça ne soit pas dans la journée. Nous, généralistes à 20h, on est encore au cabinet. Il faut les faire démarrer à 20h30.

Céline : C'est fini. Auriez-vous des choses à rajouter ?

L'ETP, c'est un progrès. Je suis motivé en endocrinologie. Je trouve que c'est un plus qui décharge le médecin généraliste car on n'a pas le temps de tout faire.

Céline : Merci beaucoup.

De rien.

Diaporamas de l'ADD.

Entretien réalisé au cabinet de MG18 le 06/04/2011 à 12h, entretien de 24 minutes 12 secondes.

Entretien MG19

Céline : Merci de me recevoir. Ma thèse concerne l'ETP des diabétiques de type 2 et les freins facilitant ou freinant les médecins généralistes à en faire. De plus, elle étudie la perception de ProxYDiab 38, structure éducative que vous ne connaissez pas mais où vos attentes sont intéressantes.

Pour débiter, il y a une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

41 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1999.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Montbonnot Saint Martin.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée ?

Depuis 2005. J'étais dans la banlieue lyonnaise pendant huit ans.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral avec deux associés.

Céline : Faites-vous des FMC et combien par an ?

Oui. J'en fais trois, quatre par an. Je fais partie d'un groupe de pairs.

Céline : En avez-vous déjà fait concernant l'ETP ?

Non jamais.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

En pourcentage ? Moins d'un patient par jour. Cinq par semaine soit 6 %.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il est en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la troisième partie est une ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

Ça n'a pas changé ma pratique parce que cette loi est sortie. Je ne sais pas bien ce que dit cette loi. Je vais être honnête. Mon patient de type 2 je m'en occupe. Je gère sans envoyer à l'endocrinologue. Il se gère et on gère tous les deux.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je crois que ça dépend tout du patient. Ça dépend d'abord, pour tous les patients, s'il a envie d'arrêter de boire, de fumer. A-t-il envie, oui ou non d'équilibrer son diabète ? S'il n'a pas envie, qu'il n'en a rien à faire, moi je considère qu'on a le droit de baisser les bras. On n'est pas des sauveurs. Si le patient veut se soigner, il n'y a pas de souci ; on arrivera à l'aider à se soigner. Moi, j'ai fini par renoncer avec ces patients devenus ingérables. J'en ai eu quand j'étais à côté de Lyon, en banlieue très populaire. J'avais vraiment des patients où j'en étais malade mes premières années d'exercice. Mon associé me disait « laisse tomber. S'il ne veut pas se soigner, il ne veut pas se soigner. Ce n'est pas de ta faute. ». Moi je les aide le plus possible, s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas.

(Téléphone).

Céline : Vos difficultés.

Je trouve qu'on a des difficultés pour équilibrer le traitement, mais c'est une autre question. Les difficultés que je rencontre, c'est comment prendre en charge un patient qui n'a pas compris ce qu'était le diabète. C'est le problème d'adhésion du patient.

Le temps de la consultation est trop court. Surtout les premiers temps. Si on prend une consultation normale de vingt minutes, c'est impossible. Le temps, c'est un souci en médecine générale. Soit on veut gagner notre vie à mi-temps, il faut débiter un minimum et il faut faire des sacrifices dans la prise en charge. Ils ne viennent pas tous pour des rhino. Le temps bien sûr.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je ne sais pas. J'ai peu d'idées. Déjà je pense qu'en général, j'essaie d'avoir des arguments sur l'intérêt de la prise en charge, les risques à long terme, les complications, malgré tout, la surveillance biologique. Voilà, c'est le côté médical de la chose. Je m'appuie sur le fait qu'ils auront un meilleur confort de vie, qu'ils seront mieux. J'essaie de montrer des choses qui sont dans leur intérêt. Moi à la rigueur, qu'ils se soignent ou non, ça ne va pas changer ma vie sauf que je suis triste pour eux. J'essaie de leur montrer que c'est dans leur intérêt d'aujourd'hui et de plus tard.

Il faut dire qu'ici, par rapport à mon exercice sur Bron ; ce n'est pas du tout les mêmes patients qu'ici. Traiter du diabète dans ces populations par rapport à Montbonnot Saint Martin. Ici, le type 2, il fait ça nickel en s'achetant des produits bios, il fait très bien son régime. Avant j'avais une population maghrébine avec des gens qui ne comprennent pas toujours ce que je leur disais. Le diabète ça fait partie du quotidien. Ils mangent gras, sucré et ils n'en ont rien à faire. Ça n'a rien à voir ! Ici, c'était beaucoup plus facile. Là bas, j'avais du mal à faire comprendre que c'était une maladie. Pour eux, ils sont tous diabétiques dans certaines familles. « C'est comme ça ». Ils sont fatalistes et se priver, c'est saoulant. Là, c'est très difficile. Je crois qu'après ça dépend tout du patient, son histoire, sa culture. Le temps joue beaucoup parce que le temps d'une consultation quand il faut vraiment expliquer les choses.

Céline : Pour les ressources ?

Je fais beaucoup de dessins en consultation. Je suis toujours en train de faire des croquis aux patients. Je dessine mal. Je fais des croquis que je leur donne.

Céline : Seconde partie sur ProxYDiab 38. Connaissez-vous ProxYDiab 38 ?

Non.

Céline : Je vous présente cette structure. C'est une structure ambulatoire dans le centre de Grenoble constituée de diététiciennes, d'éducatrices en activité physique adaptée, une diabétologue. Le patient fait des ateliers soit seul ou en groupe avec plusieurs thèmes abordés comme la physiopathologie du diabète, l'activité physique et la diététique. Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour vos patients ?

Je trouve ça très bien. Je pense que c'est bien que le patient diabétique rencontre quelqu'un d'autre qui leur dit la même chose que nous. En effet, ils ne voient que nous. Ce n'est pas « mon médecin traitant. Il est infernal : il veut que je fasse de l'exercice, que je mange moins » mais plutôt, « c'est marrant, on me dit la même chose quand je vais à Proxydiab ». Je pense que c'est utile que le patient se rende compte qu'il est dans une maladie où il y a des protocoles, des aides. Pour l'asthme, l'école de l'asthme, ça marche bien. Ça peut être une aide dans la nutrition. Cette structure peut apporter un autre regard et rendre la chose plus sérieuse. Je serai partante !

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?

Pour ma pratique à moi ? Ça ne me changera rien mais ça aidera le patient à plus adhérer et j'aurai une prise en charge plus facile. Je serai peut-être plus écoutée par ceux qui sont réticents car il y aura quelqu'un pour dire la même chose.

Céline : A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38 ?

A mon avis, pas forcément au tout début. Car au début, c'est la découverte. Je pense qu'il faut qu'ils fassent leur début avec nous. Au bout de quelque temps, je le ferai faire. Pas forcément en cas de difficulté car il ne faut pas attendre les difficultés. Je le ferai faire assez rapidement en leur disant que ça peut les aider à mieux connaître le diabète... En difficulté, ils auront l'impression qu'on veut les repêcher. Pour l'âge... Le patient de 80 ans avec un début de diabète, je ne vais pas aller l'embêter. Il faut être raisonnable aussi. Le patient de 22 ans qui a un diabète, il faut qu'il fasse quelque chose ou ça va s'aggraver d'année en année.

Céline : Comment à votre avis, pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge, après le passage d'un patient ?

Est-ce que le contact est utile ? Que nous, on ait un retour... Je ne sais pas s'il y a besoin d'un contact vraiment parce que vous allez nous dire quels ateliers il a fait, ses acquis, son écoute. Le patient peut nous le dire. Ce n'est pas comme une demande de diagnostic auprès d'un spécialiste où on a besoin d'un courrier. Le but, c'est de le faire une fois et le refaire au bout de quelques années. Le but ce n'est pas d'y aller tout le temps. Je ne sais pas s'il y a besoin d'une grande relation entre nous et la structure. Juste savoir que le patient a bien participé et qu'il a fait les ateliers.

Céline : Actuellement, un compte-rendu de fin de passage existe avec les difficultés du patient.

Un petit compte-rendu, c'est tout. Pas besoin de forcément plus.

Céline : Un suivi téléphonique est réalisé tous les 6 mois, qu'en pensez-vous ?

Si le patient est d'accord, c'est bien. Par contre il ne faut pas le harceler s'il n'est pas d'accord. C'est à voir avec le patient en personnalisant la prise en charge.

Céline : Par quels moyens cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Le mieux, c'est de venir nous la présenter mais c'est compliqué. C'est le mieux. Le courrier pourquoi pas ? Mais on en reçoit tellement. Je vous assure !

Céline : Je sais !

Il passe vite à la poubelle. Téléphonique ? Il y a des médecins qui n'aiment pas avoir des coups de téléphone. Je ne sais pas. Par mail, il faut avoir les adresses mail des médecins et certains ne les donnent pas. Le courrier, c'est le mieux. Aller voir chaque médecin, c'est un peu lourd. Il faut un courrier bien fait qui fasse la différence.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Aller goûter tous les gâteaux qui sont interdits aux patients diabétiques. (Rires !) Je ne sais pas, je n'ai pas d'idées. Si c'est super bien payé, je vous dis oui. Je rigole. Je n'ai pas de temps disponible.

On fait vite !

Céline : Oui ! Dernière partie. Quels sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre ambulatoire ?

L'asthme. Les maladies cardiovasculaires car il faut faire attention à plein de choses. Le stress. Tout plein de choses. Les gens ont plein de choses à changer dans leur vie. Le stress au travail. C'est plus difficile. Le diabétique, les recommandations sont complètes. L'obésité, c'est aussi un sujet compliqué. On ne peut pas non plus tout faire pour les gens. C'est très bien tout ça mais qui va financer tout ça ?

Céline : Pour l'instant, c'est l'ARS et c'est le but de ma thèse aussi.

D'accord. Il faut que ça reste pérenne car le principe est super.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC (tout particulièrement en ETP), seriez-vous intéressée ?

Oui, sans problème.

Céline : C'est fini, merci beaucoup.

C'est bien même très bien.

Céline : Voulez-vous un flyer ? Les coordonnées de Proxydiab ?

Entretien MG20

Céline : Je suis interne en 9^{ème} année de médecin générale. Je fais ma thèse sur l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2, les facteurs impliquant les médecins généralistes et les freins pour en faire. La perception de ProxYDiab 38 sera aussi étudiée.

Tout d'abord, il ya une fiche descriptive. Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

40 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1999.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble. Aux Géants.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée ?

2003.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Salarié en centre de santé.

Céline : Faites-vous des FMC et combien par an ?

Oui. C'est variable sur l'année. Ça dépend du type de formations. Parfois, ce sont des soirées. Parfois ce sont des stages. En moyenne, cinq par an. Ça dépend vraiment de la durée de la formation. J'ai fait une semaine en pédiatrie donc là j'ai bien entamé le budget formation !

Céline : En avez-vous déjà fait concernant l'ETP ?

Non. En fait, pas directement. C'était par rapport à l'obésité, sur l'entretien motivationnel.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Je ne sais pas...peut-être 1/5^{ème}.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il est en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la troisième partie est une ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

Non, je ne pense pas. On en entend un peu plus parler. Donc peut-être indirectement mais pas directement. On en fait au quotidien même avant cette loi.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Les difficultés. (Hésitations). On a parfois, mais ce n'est pas la majorité, la barrière de la langue. C'est un argument mis en avant mais qui n'est pas majoritaire. On a essentiellement des blocages psychologiques et puis on a plein de gens qui ont d'autres problèmes, autres que leur santé.

Céline : Ce sont des difficultés venant du patient. Le temps, est-il une difficulté selon vous ?

Ça dépend du patient car ici on a la chance de pouvoir prendre du temps parfois. Pas toujours ! Moi, ça ne me pose aucun problème de reconvoquer, reprogrammer une consultation pour réexpliquer des choses et pour être sûre de la compréhension. Le temps, c'est sûr que sur les quatre mois d'hiver, on a moins le temps. On peut aussi trouver du temps. Il y a quand même une partie des patients qui nous échappent. Le migrants estivaux, ils reviennent sans traitement et repartent sans qu'on puisse faire un bilan. C'est difficile. C'est une histoire de temps, pas de contrainte de temps de consultation. C'est une contrainte de timing du patient.

Céline : D'autres difficultés ?

Je dois répondre quelque chose. Comme ça, ça ne me vient pas.

Céline : Quelles ressources percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

Nous, on s'appuie beaucoup sur les infirmières. Pour l'apprentissage des dextros. L'accompagnement initial s'appuie sur une prescription infirmière. J'envoie facilement vers Proxydiab. Il y a des gens qui ne sont pas orientables entre guillemets car ils ne vont pas y aller par blocages multiples. A ce moment là, si je ne peux pas les envoyer vers l'infirmière ou Proxydiab, j'essaie de les revoir plus souvent et je fragmente. Je demande qu'ils m'amènent leur lecteur et on travaille ensemble dessus. Je n'ai pas spécialement d'outils plus précis ; je n'ai pas de support ou de document. Je me sers du carnet de glycémie. Il y en a qui sont capables de remplir ou non leur carnet. Je leur dis alors de prendre le lecteur s'ils ne savent pas remplir leur carnet. Ils oublient systématiquement l'un ou l'autre. C'est notre quotidien. C'est de la médecine, quoi ! (Rires).

Je pourrais dire que pour une partie de la population, on s'appuie sur les familles. Il y a des familles super et très présentes pour leurs « anciens ». Si la personne en face de soi n'est pas capable de s'approprier sa maladie et la prise en charge de son diabète, ce sont les enfants qui le font car leurs parents vivent chez eux. On s'appuie sur les familles pour l'éducation. C'est très précieux car ça marche bien de passer par les enfants. Ils réexpliquent à leurs parents. Je ne vois rien d'autre !

Céline : Seconde partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

J'ai connu via les centres de santé et le programme de nutrition. Les diététiciens et diététiciennes nous ont fait passer l'information. J'ai une collègue qui a fait la formation avec Proxydiab. Je fais partie de la commission nutrition donc je suis pas mal sensibilisée et formée. On ne pouvait pas tous être absents ce jour là donc j'ai laissé une de mes collègues y aller.

Céline : A quel patient proposez-vous ProxYDiab 38 ?

J'essaie...en tout cas l'enquête qu'on fait sur nos patients diabétiques m'a permis de refaire le point et de me poser la question de savoir à qui je posais la question et de savoir à qui je le proposais. J'essaie de le faire systématiquement en tout

cas, pas forcément de les orienter mais je leur dis que ça existe. Je vois comment ils réagissent et en fonction je les amène à y aller. De leur dire frontalement, ça ne marche pas très bien. Ça dépend de leurs réactions. J'ai vraiment des gens qui m'ont dit qu'ils avaient peur. Peur du groupe. C'est même plus. Peur de se soigner car se soigner ça veut dire qu'ils sont diabétiques. S'ils prennent des cachets, ça veut dire qu'ils sont diabétiques. C'est du déni. Ça dépend vraiment de là où ils en sont. Je les teste un peu.

Ce n'est pas une histoire d'équilibre car je pense que l'éducation, c'est pour tout le monde. C'est vraiment. Je vais peut-être personnellement avoir des blocages et répondre à leur place par rapport à l'accessibilité de Proxydiab. Je me freine de leur proposer car je sens qu'ils n'iront pas mais je le fais assez systématiquement. En reprenant les dossiers de notre enquête. Je me suis mis des pense bêtes pour proposer ProxYDiab 38 car j'ai vu que je ne l'avais pas proposé pour certains.

C'est souvent une double problématique qui fait que je les adresse : la diététique et l'activité physique. Ce sont des patients plutôt sédentaires et ils mangent comme toujours ils ont mangé. Ils ne voient pas pourquoi ils vont changer. C'est peut-être un peu revenu dans les différents entretiens. On constate beaucoup sur les migrants qui partent au bled. Ça va beaucoup mieux quand ils reviennent sauf s'ils ont arrêté leur traitement. Ils perdent en général trois kilos car ils marchent beaucoup plus là bas qu'ici. Ici, il y a les transports en commun, la voiture. En marchant ça va beaucoup mieux sauf ceux qui sont en rupture de traitement.

Céline : Comment motivez-vous vos patients pour ProxYDiab 38 ? Question d'autres médecins.

Comment je les motive ? Je ne sais pas. Je connais mes patients et je sens s'ils vont y aller ou non. Je ne suis pas frontale du tout. J'essaie de leur dire que ça peut être un plus, que ce n'est pas obligatoire, qu'ils peuvent faire qu'une séance et arrêter ensuite. J'essaie de leur dire que c'est l'occasion de rencontrer d'autres personnes qui ont la même maladie et que c'est riche en échange. De se sentir moins seul. Je n'ai pas de trucs magiques ; c'est dans le rapport aux patients et la confiance qu'ils nous accordent. Ça fonctionne ou non. C'est aussi dépendant de leur temps, de la considération qu'ils ont par rapport à leur maladie. Le frein ce sont les horaires. J'ai quand même quelques patients diabétiques actifs. J'ai aussi une sélection de patientèle car je suis à temps partiel. Je n'offre pas beaucoup de créneaux aux personnes actives car je suis un peu comme ProxYDiab 38. J'ai peu de créneaux en dehors des horaires de travail. Mon planning n'est pas super pour les gens actifs. Je sélectionne mes patients par mon exercice.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative (diététicienne, spécialiste) ?

Alors. On fait les deux. En sachant que effectivement que nous à l'Agecsa, on a la chance d'avoir des diététiciennes. Comme Proxydiab, c'est assez récent. Donc je me suis laissée le choix de proposer les deux. Depuis quelques temps, j'essaie un peu plus pour moi avoir le réflexe de le faire, de proposer Proxydiab et j'attends les retours. Je n'ai pas beaucoup de recul encore. La pluridisciplinarité est aussi retrouvée ici. C'est toujours différent ; c'est une histoire de personnes et de feeling. Je pense que selon les professionnels qui seront en face, il y aura une accroche différente. Il y aura des gens qui auront vu la diététicienne il y a cinq ans. Si on lui propose la même chose, il ne va pas y aller. Si on propose autre chose, c'est mieux. Les diététiciennes sont gratuites ici.

Céline : Quels changements avez-vous constaté chez vos patients qui sont passés à ProxYDiab 38 ?

J'ai très peu de retour pour l'instant. Les patients m'en parlent peu : je suis obligée d'aller à la pêche aux informations. Je leur demande : « vous y êtes allé ?, combien de fois ? ». Je ne peux pas encore me prononcer sur des changements de comportement, de biologie.

Céline : Quelles répercussions avez-vous constaté pour votre pratique ?

Non, pas de changement. J'utilise un peu ProxYDiab 38 comme j'utilisais les diététiciennes de l'Agecsa. Je pense que la nuance est subtile. Pour le moment, je n'ai pas les moyens de faire la différence. Est-ce que ça peut être une aide ? Ça dépend de l'adhérence du patient. Ça dépend du patient, certains vont avoir des changements quasi magiques, ils vont être disciplinés, auront envie d'apprendre. Ça se joue surtout dans les diagnostics de diabète. C'est là, où on a quelque chose qui se passe. Quelqu'un à qui on apprend un diagnostic de diabète même si ça couvait un peu. Car ça ne tombe pas du ciel. Ils réagissent avec un choc. Il y a ceux qui vont faire comme si de rien n'était, prendre les antidiabétiques oraux. Et ceux qui vont se prendre en charge et donc ça dépend de la réaction du patient dès le début de sa maladie. On a l'impression qu'une fois le processus enclenché, on n'est pas impuissant car il y a toujours quelque chose à faire mais c'est plus difficile si le patient n'a pas accroché dès le début.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous des difficultés de communication ?

Non, mais c'est vrai que je ne les appelle pas spécialement. Je considère que pour le coup, ça appartient au patient. On leur propose des choses, on les accompagne. Je leur explique où c'est. Je ne vais pas les prendre par la main et en plus appeler derrière... Je ne vais pas jusque là. La secrétaire nous récupère des flyers ! Je ne les ai jamais appelés !

Céline : A votre avis, comment pourrait-on essayer de continuer à interagir après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 pour vous aider dans la prise en charge ?

(Hésitations). La problématique c'est la prise en charge courte. Sous quel mode ? Est-ce que ça vaudrait le coup, de relancer les gens à distance genre un an plus tard. Sûrement, l'entretien c'est censé être le plus efficace ! Remettre une couche régulièrement. Est-ce que ça vaut le coup de réadresser les gens à Proxydiab ou il faudrait que ça soit nous qui ayons à un moment donné le moyen de remettre les clefs. « On est à un an de votre passage, qu'est ce que vous en pensez ? Où en êtes-vous ? ». Soit un rappel des patients à distance, soit que nous on ait un courrier de Proxydiab nous disant « votre patient est venu il y a un an, pensez à lui reproposer pour faire le point ».

Céline : Actuellement il existe un compte-rendu de fin de passage. Qu'attendriez-vous de ce compte-rendu ?

Déjà savoir là où en est le patient. Ce qu'il a acquis, sur quoi il est autonome, les hypo, les hyper. S'il a intégré les principales notions de son suivi : les pieds, l'ophtalmologue, etc. Ça fait partie de ce qu'on leur inculque au quotidien. Savoir si c'est acquis ou non. Faire le point sur son évolution.

Céline : En effet, il y a les acquis du patient et ses difficultés avec des propositions de ce que vous pourriez faire à ce sujet.

C'est bien. Il faut en effet savoir sur quoi pêche le patient pour rebondir en consultation.

Céline : Un suivi téléphonique a été instauré tous les six mois.

Je l'avais dit. (Rires).

Céline : Sur la fréquence.

Sur le rythme, six mois c'est mieux qu'un an. Plus il y a des piqûres de rappel, mieux c'est.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Ouah là ! Quel rôle ? (Hésitations). Je suis un ours au cabinet ! Garder mon rôle de médecin traitant en partenariat avec ProxYDiab 38.

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'asthme. L'éducation thérapeutique de l'asthme c'est une catastrophe. On a un gros travail par rapport à l'utilisation des aérosols. On ne prend pas le temps de leur expliquer. Autant le diabète, on s'appuie sur une infirmière, autant l'asthme c'est catastrophique. Après c'est beaucoup plus vaste, peut-être par rapport à la douleur, à l'automédication. Les gens font n'importe quoi. Pour l'obésité, on les attrape par tous les bouts. Du coup, on les stresse et on les fait grossir car il y a plein de choses déjà. (Rires). Au niveau éducation thérapeutique, c'est tout.

Céline : Si ProxYDiab 38 proposait des FMC (tout particulièrement en ETP), seriez-vous intéressée ?

Oui.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup

Bon courage pour votre thèse.

Entretien au cabinet de MG20 le 07/04/2011 à 10h, entretien de 28 minutes 32 secondes.

Entretien MG21

Céline : Merci de me recevoir. Ma thèse concerne l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en analysant les freins ou les facteurs pouvant impliquer les médecins généralistes pour en faire. Par ce biais, la perception de ProxYDiab 38 sera étudiée.

Pour débiter, il me faut une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Quel est votre âge ?

62 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1974.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble centre.

Céline : Depuis quand êtes-vous installée ?

1976.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral, sans associé.

Céline : Faites-vous des FMC ?

J'ai participé à des journées FMC. Pas celles sur deux jours, des soirées ou des demi-journées.

Céline : En avez-vous déjà fait concernant l'ETP ?

Il y avait une soirée sur ProxYDiab animé par Pr Halimi avec son équipe lors de son lancement.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Quel pourcentage ? Ça dépend de la tranche d'âge. 5 % peut-être. Sur toute la population dans le cabinet.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il est en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la troisième partie est une ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

On ne nous a pas spécialement expliqué cette loi. C'est ça le problème. On en a entendu parler mais pour la mise en pratique, on n'a aucune information. Effectivement, à la soirée ProxYDiab, on a un peu abordé le sujet. Le problème, c'est qu'on est isolé en ville. Complètement isolé. C'est nous même qui continuons à gérer comme on l'a fait par le passé. Et difficilement. On n'est pas tellement aidé pour ça. Il n'y a pas de structure jusqu'à présent qui aidait les patients à gérer leur régime alimentaire ou leur diabète.

Céline : Je rebondis. Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Il y a des difficultés culturelles, sociales. C'est très difficile. Il y a des populations avec des habitudes alimentaires désastreuses pour ce qui est du diabète. C'est difficile de faire passer un message d'où l'intérêt d'avoir des soutiens. Il y a les stages d'ETP à l'hôpital que je fais faire régulièrement à mes patients, il y a ProxYDiab. On a recours à des nutritionnistes, des diététiciens mais bon... en cas d'éducation alimentaire du diabétique, c'est un vœu pieux. J'ai des patients en surcharge pondérale, obèses que j'ai confiés à Rocheplaine. Il y a des séjours de réadaptation, très utiles. Ils sont assez branchés sur la nutrition, l'exercice physique.

C'est long sur une consultation, ce sont des consultations longues. Si on veut vraiment faire de l'éducation diététique. C'est très long. On n'est pas très bien formé. Je ne parle pas de mes études qui remontent à pas mal d'années. Mais on n'est pas formé. Il y a quelques FMC. Que nous on soit formé, c'est une chose.

(Téléphone)

Céline : On parlait de notre formation.

Notre formation, elle est succincte. Nous on sait ce que les patients doivent et ne doivent pas manger. Il faut arriver à faire passer le message. Ça rentre par une oreille et ça sort de l'autre. Heureusement, il y a pas mal de patients qui arrivent à modifier leurs habitudes alimentaires. La preuve, c'est qu'on arrive à équilibrer leur diabète. Il ne faut pas être las, ni avoir un constat d'échec ! Après est-ce que c'est la majorité. Je ne sais pas. J'arrive à équilibrer la moitié de mes diabétiques dans des valeurs raisonnables.

Céline : Ensuite... Vous vouliez rajouter quelque chose ?

Non je vous en prie.

Céline : Vous m'aviez dit que vous étiez pressé au téléphone.

On peut accorder un peu de temps.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Les diététiciennes, ProxYDiab 38 déjà. En outils, j'ai peu de choses. Je leur donne une liste d'aliments à privilégier ou à éviter, des mesures diététiques simples. Il est très utile d'avoir des structures comme ça. Il y a également le RSI, les assurances des indépendants qui font l'équivalent pour leurs assurés comme ProxYDiab 38. Je travaille souvent avec ProxYDiab et les patients sont assez satisfaits. C'est une bonne initiative. Nous, on n'a matériellement pas le temps et il faut une structure. Il faut des diététiciennes ; il faut des rencontres. Il y a des entretiens individuels et collectifs où on leur apprend à cuisiner et on leur montre comment faire. Vous savez, on a quand même beaucoup de patients d'origine maghrébine chez qui le diabète est une épidémie et on a du mal. Les habitudes alimentaires sont ancrées, c'est une culture différente. C'est du diabète grave et c'est difficile. J'ai un patient diabétique, dialysé avec une amputation transméatarsienne et bientôt à la jambe. Il a une artériopathie en dehors de toute ressource thérapeutique. Ce sont les conséquences du diabète chez un patient de 70 ans maghrébin. C'est terrible. Il y a un fatalisme pour certains patients. Le

diabète, c'est comme ça, toute ma famille en a. Ils ne se rendent pas compte des conséquences catastrophiques de cette maladie. C'est la pire maladie dont on ne se doute pas des ravages qu'elle fait, à mon avis. Nous on le vit et on le voit. La plupart des patients en dialyse, ce sont des diabétiques. Et tout le reste, l'artériopathie des membres inférieurs, les coronaropathies, tout quoi pour les diabétiques de type 1 et 2. Il n'y a pas un organe indemne, peut-être les articulations. C'est un problème... J'ai des patients qui sont assez observants. Certains sont même maniaques et ils en font trop. Le diabète est trop bien équilibré. Certains patients veulent descendre en dessous de 6%. Je ne leur en demande pas tant. Surtout, s'ils sont âgés. S'il a 80 ans avec 7%, je suis content. Il ne faut pas être trop sévère car après on risque les hypoglycémies.

Céline : On passe à ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

J'ai connu ProxYDiab parce que j'ai reçu une brochure. J'ai gardé des flyers que j'avais pris à une réunion qui a eu lieu à l'automne 2010. J'avais été contacté par je ne me rappelle plus qui. C'est très bien ce flyer. J'en ai donné plusieurs fois à mes patients qui y vont. Le tout c'est que ça se pérennise. Il faut que ça vive. A mon avis, ce n'est pas facile. Il faut un financement et l'argent ne tombe pas du ciel. Je pense que les pouvoirs publics pourraient largement financer ça. Quand on connaît la gravité du diabète. Je pense que c'est une maladie avec un coût économique phénoménal avec les ALD, les hospitalisations. Toutes les pathologies qui en découlent, le prix d'une hémodialyse. C'est énorme.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Ce sont des patients de type 2. Ce sont des patients en surcharge pondérale, mal équilibrés. Ce sont des patients assez ouverts à l'éducation. Il faut qu'ils soient motivés. Il faut adapter au niveau socio culturel. Ça ne s'adresse pas forcément à tout le monde. En théorie, il faudrait le proposer à tout le monde mais il y a quand même une barrière en pratique. Il faut une certaine disponibilité. En général, ce sont des patients retraités. Le diabète de type 2, ce n'est pas une maladie des jeunes. C'est à partir de la cinquantaine qu'on les retrouve. La soixantaine, ils sont à la retraite. Il faut une certaine disponibilité encore que ce n'est pas compliqué. C'est facile à trouver. Mounier, ce n'est pas loin. C'est important de reprendre avec eux la diététique et l'activité physique. Ça leur permet de voir qu'ils ne sont pas seuls et qu'il y a beaucoup de gens dans leur cas. C'est une maladie plus grave qu'on ne le dit.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, comme une diététicienne, un nutritionniste, un spécialiste ?

C'est la prise en charge globale. C'est la multidisciplinarité. J'avoue que je confie mes patients à des diététiciennes mais je suis un peu déçu. Ça ne mène souvent à pas grand-chose. C'est un peu comme pour l'alcool. Il y a des centres qui prennent en charge les gens, c'est bien car les gens ont une prise en charge globale. Quand les gens adhèrent à ça, il y a plus de chance de les sortir de leur addiction. Le diabète, c'est une addiction alimentaire avec la malbouffe. C'est le versant psychologique. D'abord les diététiciens, les gens y vont quelque fois et ils abandonnent vite. Ce n'est pas donné. Donc la gratuité c'est essentiel. Les gens ne peuvent pas sacrifier leurs revenus pour ça. Ce n'est pas mal, je trouve que c'est bien et il faudrait que ça soit pérennisé dans le temps. Ça nous aide bien et j'en envoie de plus en plus.

Céline : Quels changements avez-vous noté chez vos patients ?

Oui mais j'ai peu de retour pour l'instant. J'en ai envoyé mais c'est long à se mettre en place. Je leur dis d'y aller. Mais entre le moment où je donne le flyer et je leur explique le fonctionnement et le moment où ils y vont, ça prend du temps. J'en ai plusieurs en tête. Ils me disent que c'est positif. Sur le plan biologique, ils améliorent sensiblement leurs chiffres. C'est long de toute façon. Il y a beaucoup d'habitudes que les gens ont prises. Il y a des gens qui aiment ça, qui sont gourmands. Le diabétique, il n'est pas spécialement porté sur la bonne chair mais du fait de son âge, il va voir apparaître le diabète. Son pancréas va être moins vaillant, son foie c'est pareil. C'est malheureusement le vieillissement. Il y a deux types de diabète. Le type 2 de la maturité avec du gras et le diabète des normo pondéraux avec du diabète à 60, 70 ans. C'est le vieillissement. Ce n'est pas toujours des gens qui ont besoin d'une éducation alimentaire. A ProxYDiab, ce n'est pas que l'alimentation. C'est important de dire aux gens comment ça fonctionne en leur expliquant la physiopathologie. Ils vont voir les spécialistes. Ils vont voir l'ophtalmo, le cardiologue, les prises de sang, le neurologue avec les neuropathies. Ce sont des gens qu'on envoie facilement aux spécialistes. Ils ont fait des efforts car ils sont motivés. Ceux qui y vont, ça les préoccupe.

Céline : Quelles répercussions avez-vous noté dans votre pratique ?

Sur moi-même ? Ça ne me soulage pas. Mon travail est le même. Ça aide les patients. Mais moi, dans ma gestion du diabète, ça ne change pas. La surveillance trimestrielle, en fonction du pourcentage. Non, pas de changement.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous des difficultés ?

(Hésitations). Ce qui serait bien, ce serait un retour. Pour l'instant, je n'ai pas de retour, pas de courrier. Ça serait intéressant. Il faut du personnel, une secrétaire. Elle doit avoir du travail par-dessus la tête. Ça serait intéressant d'avoir le bilan. A mon avis, c'est relativement récent et la mise en marche est longue. Il y a sur Grenoble, beaucoup de choses. L'insuffisance cardiaque, les réseaux. ProxYDiab, c'est un peu comme un réseau. Il faudra que je téléphone pour recevoir des flyers, c'est le dernier.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge ? Vous parlez du compte-rendu, qu'en attendriez-vous ?

Les difficultés du patient. Si on sait que les difficultés ont été vues.

(Téléphone)

Ils arrivent comme le psychiatre et le médecin généraliste. Parfois le psychiatre au long des entretiens, arrive à découvrir des choses qu'on n'aurait pas imaginées. C'est un peu pareil pour là. Il y a des choses qu'on va dire dans le suivi qu'on n'a pas l'occasion d'entendre. Il faut aussi ses acquis pour avancer.

Céline : Un suivi téléphonique est mis en place où le patient est rappelé. Qu'en pensez-vous ?

C'est bien. Le problème, je ne sais pas la durée moyenne de suivi chez Proxydiab ?

Céline : Un mois et demi.

Un mois et demi. Il faut solliciter les gens souvent. Pourquoi ne pas contacter ProxYDiab 38 en cas de difficulté ? Ce n'est pas comme l'hypertension artérielle où le traitement marche. Le diabète, c'est beaucoup plus compliqué.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations) De temps en temps, qu'il y ait une réunion sur place avec un groupe de médecins, pas trop nombreux. Une réunion pendant une soirée pour voir sur place. Je n'ai jamais vu les locaux. Je pourrais y aller. Mais c'est vrai que ça serait bien de visiter et de rencontrer les intervenants.

(Téléphone).

Il y a eu une première réunion mais on était nombreux. Une réunion en petit comité pour discuter et voir le fonctionnement pratique. Faire des ateliers, pourquoi pas mais c'est un problème de disponibilité. Savoir quand ça a lieu, le temps à consacrer.

(Téléphone).

Céline : Avant les deux dernières questions, voulez-vous rajouter quelque chose sur ProxYDiab 38 ?

C'est une nouvelle structure et on ne la connaît pas encore beaucoup. Ce sont les débuts. Mais c'est très intéressant.

(Téléphone).

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type de structure ?

Autre que le diabète. (Hésitations). Les pathologies respiratoires avec le tabagisme en particulier, la BPCO et l'asthme. Toutes les maladies respiratoires chroniques. La rhumatologie mais il y a quelque chose qui se monte avec Dr Giordano. C'est elle qui a échafaudé ça. Là aussi, ce sont des pathologies où le mode de vie joue. La surcharge pondérale joue aussi un rôle dans les rhumatismes et les articulations des membres inférieurs. L'obésité, c'est un peu comme le diabète. C'est vrai que ça aggrave plein de choses.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC, tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

Disons qu'à partir du moment où Proxydiab est une structure parfaitement adaptée à la prise en charge dans l'éducation du diabétique de type 2, je ne sais pas. Qu'on connaisse les rouages et les grands principes, oui. Sans se décharger sur ProxYDiab 38, à partir du moment où il y a de telle structure, est-ce que c'est à nous de gérer en même temps ? Je pense qu'il ne faut pas les deux à mon avis. A partir du moment, où on a la possibilité d'avoir une telle structure, est-ce que nous on va faire de l'éducation au diabétique, je ne pense pas. Ou alors, il faut des médecins qui passent un diplôme. Comme le DU de nutrition avec le Pr Halimi. C'est un DU en deux ans et j'ai failli le faire mais malheureusement, ça n'allait pas au niveau temps.

Céline : C'est fini. Merci en tout cas. Auriez-vous d'autres choses à dire ?

Non, c'est très complet. Que faites-vous ?

Céline : Médecine générale...

Discussion sur la pénurie de médecins car départ des sexagénaires. Pas de renouvellement à cause du numérus clausus et féminisation de la profession. Beaucoup vont s'orienter vers la médecine salariale et s'installer plus tard. C'est plus difficile pour une femme car elle gère beaucoup de choses.

Pas de mesures coercitives. La médecine générale attire moins. Formation de maisons médicales nécessaire en rural. Impression d'évolution vers la médecine à l'anglaise.

Problème de la paperasse qui est chronophage. Ce n'est pas bon pour motiver les nouvelles générations. Plus de parité qui pose en problème pour les emplois du temps...

Entretien au cabinet de MG21 le 08/04/2011 à 8h00, entretien de 35 minutes 19 secondes.

Entretien MG22

Il n'y en a pas pour longtemps ?

Céline : Quinze minutes. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et la perception de ProxYDiab 38. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

60 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1978.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

1981.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral, sans associé.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

Oui, au moins une par semaine.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Il y en a eu peu. Une de ProxYDiab mais sans suite. C'était prometteur. On devait avoir quelque chose dans le quartier, je ne vois rien.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Beaucoup ! Je ne sais pas. 5 %.

Céline : Nous débutons l'entretien. Il est en trois parties. La première est sur l'ETP en général, la seconde sur ProxYDiab 38 et une ouverture en troisième partie.

En 2009, est parue la loi HPST, qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

Aucunement. Je me débrouillais déjà et je continue.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

L'adhésion des patients, c'est tout. Leur compréhension mais c'est surtout qu'ils ne veulent pas. Ils ne sont pas motivés ni pour le régime, ni le sport, ni rien. Il y a parfois une barrière culturelle et de la langue. J'en ai eu une ce matin, elle ne comprend rien. Elle fait celle qui a une jolie couleur le matin en se levant. Elle a un traitement complètement aberrant.

Céline : Le temps peut être une difficulté ?

Je prends mon temps sinon je prends sur rendez-vous. Là je fais du libre.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

J'appelle au secours. Je travaille avec des diététiciennes et je m'entends bien avec Pr Halimi. J'ai des bons correspondants en ville. Je n'ai pas de souci quand je ne sais pas, je demande. Je donne des documents en écrit. C'est mieux, on en parle au fur et à mesure et ça repose sur des lectures. Je mets les quantités, les dosages, ce qui est permis, ce qui l'est moins. Comment se surveiller. Le type 2, le problème, c'est qu'on ne peut les contrôler que trois fois par semaine avec la nouvelle loi. Je fais les ordonnances pour un an et je marque deux cents bandelettes pour un an avec les biologiques tous les trois mois pendant un an. Trois dosages par semaine. Je ne renouvelle plus l'ordonnance.

Céline : Seconde partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

A une soirée.

Céline : Actuellement, aucun de vos patients n'est inscrit à ProxYDiab 38. Avez-vous déjà proposé cette structure ?

J'en ai parlé mais il y a un défaut d'informations. Vous pêchez par défaut d'informations. Il me manque des arguments et il faut me titiller. Pas de courriers, pas de mails, je n'ai rien vu, rien. Et puis vous avez très peu de place. Combien de patients inclus ?

Céline : Je suis probablement en retard, deux cent quatre vingts.

C'est peu pour une ville comme Grenoble. C'est très bien comme principe. Mais il faut faire des piqûres de rappel aux médecins. En plus, on devait plus ou moins être inclus dans ProxYDiab 38, non. On devait participer, non ? J'ai envie de venir ! Pas forcément pour aller bosser là bas.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Les diabétiques de type 2, une injection de lente, avec traitement aberrant en difficulté thérapeutique. Les deux fois. Hba1c à 11 %, donc des patients déséquilibrés. Avec la sensation de pouvoir baisser ses résultats avec la diététique et l'activité physique. Il y a une femme de 60 ans et un jeune.

Céline : Sont-ils allés à ProxYDiab 38 ?

Non, ils n'y sont pas allés. Ça ne s'est pas concrétisé.

Céline : Qu'est ce qui vous a incité à proposer ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, type diététicienne, nutritionniste, diabéologue ?

C'est plus interactif. Peut-être que l'équipe va les rappeler. Il y aura un échange qui va se mettre en place. Les diététiciens, ils y vont, ils paient une consultation. Moi je reçois la lettre mais il n'y a pas de suivi. Si on a à faire à des gens qui ont besoin d'être conseillés, ça va marcher ; sinon ça ne marchera pas. Il faut un suivi. Les diabétiques, je ne fais plus d'ordonnance à

trois mois, c'est fini. Je fais des ordonnances à un mois ou deux mois. Plus à trois mois. Il faut papoter, s'asseoir, croiser les jambes, parler. A la limite, c'est aussi important que l'examen clinique. Une fois les pieds regardés et la tension prise. Il faut vérifier le fond d'œil, le cardiologue, l'angiologue. J'ai une liste.

La multidisciplinarité c'est très intéressant. L'accessibilité est bonne et facile. Les gens ne veulent pas y aller et moi j'ai un peu oublié. J'ai proposé dans les quinze jours après la réunion deux fois.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ? Avez-vous eu des difficultés ?

Aucune et ça me manque. J'ai besoin de piqûres de rappel.

Céline : Qu'attendez-vous de cette structure pour vos patients ?

Qu'ils soient un peu cadrés. Voire beaucoup cadrés et que du coup il y ait une éducation diététique et thérapeutique et sportive. Un changement d'habitude.

Céline : Qu'attendez-vous de cette structure pour votre pratique ?

Je pense que je n'hésiterai pas à les appeler si on peut les joindre facilement. Pour leur dire, « j'ai un tel, pourriez-vous le revoir, je n'y arrive pas. A deux, peut-être que ça marchera mieux. ». Je pense qu'il y a toujours des nouveautés à entendre, des conseils « plutôt tel huile, tel traitement ». Les modes de régime, tel ou tel article est paru et intéressant. Il faut un partenariat surtout pour le diabète.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la continuité pour vous aider dans la prise en charge ?

Ceux qui mettent en place cette structure doivent être proches du médecin généraliste. Il faut me stimuler. Absolument sinon on n'a pas le temps. On a besoin d'aide. Encore aujourd'hui, on termine tôt ! J'ai boosté ce matin depuis 7h30 parce que vous veniez. J'aimerais les contacter quand j'ai besoin.

Céline : Actuellement, il existe un compte-rendu de fin de passage. Qu'en attendriez-vous ?

Un vrai compte-rendu de vraie fin de passage ! Ça existe mais je ne le connais pas. Il me faut un compte-rendu qu'on lise, qu'on rentre avec des difficultés et ce que le patient a fait pour s'appuyer là dessus.

Céline : Un suivi téléphonique est organisé tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

C'est bien. Je pense que c'est exactement ce qu'il faut faire. Tous les six mois, c'est bien car en deux fois six mois on voit si ça ne marche ou pas. Sinon, on en fera plus à la demande.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Ne serait-ce que pour assister à une consultation de temps en temps. Peut-être ensuite franchir une marche, leur parler du pied, les regarder, s'en occuper. Ça m'intéresse. Etre acteur dans cette structure, je ne suis pas contre.

Céline : Dernière partie, quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

Sans rapport avec le diabète. (Hésitations). Je pense qu'il manque un truc pour les femmes qui ont un cancer du sein. Il faut les écouter sur leurs chimiothérapies par exemple. Je pense que les femmes qui ont un cancer du sein ne sont pas assez écoutées. L'obésité. Sur le plan respiratoire, les gens viennent d'eux même car ils sont gênés. L'obésité, ils ne sont pas gênés. Ils pleurent mais c'est tout. Il y a un truc qui se met en place en dix heures. Je suis obligé de relancer car il devait avoir une réunion mais pas de nouvelles. Ce qui m'intéresse beaucoup ce sont les schizophrènes chez les adolescents. On a eu une formation et c'est moi qui l'ai demandée. Je suis content car ça a marché.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC (tout particulièrement en ETP), seriez-vous intéressé ?

J'y vais.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup. Treize minutes !

Magnifique.

Entretien au cabinet de MG22 le 08/04/2011 à 13h00, entretien de 13 minutes 48 secondes.

Entretien MG23

Céline : Merci de me recevoir. Je fais ma thèse sur les facteurs favorisant ou freinant l'implication des médecins généralistes à faire de l'éducation thérapeutique et leur perception de ProxYDiab 38 que je te présenterai.

Tout d'abord, il me faut une fiche descriptive.

Tu es une femme. Quel âge as-tu ?

50 ans.

Céline : Ton année de thèse ?

1990.

Céline : Ton lieu d'exercice ?

Meylan.

Céline : Depuis quand es-tu installée sur Grenoble ?

1991.

Céline : Ton mode d'exercice ?

Libéral avec deux associées à temps partiel. C'est un mi temps de médecin à 35h par semaine.

Céline : Fais-tu des FMC ? Si oui, combien par an ?

Je fais le maximum : huit jours. J'aime bien.

Céline : En as-tu fait concernant l'ETP ?

Non.

Céline : Quelle pourcentage de ta patientèle est diabétique de type 2 ?

J'en diagnostique de plus en plus. C'est difficile comme je fais beaucoup de nutrition. J'en ai que je suis en nutrition. Je dirai 10 %. En plus j'en diagnostique de plus en plus. C'est l'épidémie.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il sera en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et il y aura une ouverture à la fin.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et intégrée au premier recours. En quoi cette loi a-t-elle changé ta pratique en ETP ?

En rien du tout. En général, quand je dépiste un diabète, je gère moi dès le départ en adressant le patient chez le cardiologue, l'ophtalmologue. Je ne demande pas forcément un avis spécialisé tout de suite ; je gère moi-même. Après si j'ai un problème, je demande aux diabétologues. Comme la mise en route de l'insulinothérapie, je ne fais jamais. Moi, pour le moment, je n'ai pas vu l'utilité de cette loi.

Céline : Quelles difficultés perçois-tu pour avoir une approche éducative au cabinet ?

L'éducation thérapeutique du patient, ça prend du temps. Je fais des consultations ... Surtout la première est longue car on leur explique ce qu'ils ont, la surveillance des yeux, du rein... Je les mets en fin de consultation le plus souvent. Quand tout ça est en route. Je leur parle du poids, de la nutrition. C'est long, ça prend du temps. Encore, comme je suis nutritionniste, je gère ça un peu moi-même. Par rapport à un médecin qui n'en fait pas et que c'est plus difficile pour lui.

J'ai des diabètes de dépistage récent qui répondent bien à la metformine et j'ai des Hba1c correctes. J'en ai une dans ma clientèle mais c'est un type 1 qui ne fait pas attention.

L'adhésion du patient joue énormément. En général, quand on fait le tableau de ce qui peut leur arriver, ils sont motivés. J'ai une clientèle favorisée, il y a un peu de social. Ce sont des gens qui font attention à eux, à leur qualité de vie. S'ils veulent bien vieillir, il faut faire attention à leur santé. Je ne pense pas qu'on puisse retranscrire ça sur St Martin d'Hères.

Céline : Quelles ressources perçois-tu pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Moi, c'est surtout de les revoir. Je leur demande de faire un semainier. Pour l'éducation, le temps nous manque. Vu le prix de la consultation, on ne passe pas trois quarts d'heure avec les patients. C'est vrai que je sais qu'à l'hôpital, il existe un service de diabétologie pour l'éducation. Je n'ai jamais eu recours. Je donne des brochures avec des menus que les labos me donnent. C'est vrai que moi je fais de la nutrition. Je prends les documents des labos.

(Téléphone).

Céline : On passe à ProxYDiab 38. Connais-tu cette structure ?

Non.

Céline : C'est une structure ambulatoire pour de l'éducation thérapeutique dans le centre de Grenoble constituée de diététiciennes, d'éducatrices en activité physique adaptée, une diabétologue. Le patient fait des ateliers soit seul ou en groupe avec plusieurs thèmes abordés comme la physiopathologie du diabète, l'activité physique et la diététique. Qu'attendrais-tu d'une telle structure pour tes patients ?

Ça serait bien. Ça m'éviterait de passer trop de temps à répéter plein de choses. Je pense que s'ils sentent qu'ils sont avec d'autres gens qui ont le même problème qu'eux, ça peut les aider. Il y a une émulation de groupe. C'est bien de parler de leur maladie, les inciter à faire du sport. Peut-être des conseils nutritionnels. Que ça soit abordé par d'autres professionnels, c'est utile. Moi, en tant que nutritionniste, les endocrinologues m'adressent certains patients. C'est vrai que ce que je vois, ce sont les à côtés. C'est quand on veut perdre du poids : en groupe, c'est bien d'évoquer leur problème. Ils se sentent seuls. La multidisciplinarité est essentielle.

Céline : Qu'attendrais-tu de cette structure pour ta pratique ?

Une aide pour les patients. Avoir un interlocuteur en cas de problème, pour un avis. Moi, je connais un peu la nutrition. Le patient puisse lui aussi leur téléphoner en fonction des bilans. Pour les remettre sur les rails.

Céline : A quel patient proposerais-tu cette structure ?

Au départ de la prise en charge. Des patients qui veulent bien le faire. Certains patients veulent se débrouiller seuls, ne pas être en groupe. Surtout au départ pour bien les mettre au devant de leur maladie et leur faire comprendre ce qui se passe. Il faut qu'ils soient demandeurs.

Oui, ça peut quand on est en difficulté, qu'il y a un échappement thérapeutique. Si on voit qu'ils font n'importe quoi sur le plan de l'alimentation.

Céline : Comment pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour t'aider dans la prise en charge ?

Il faudrait que la structure...Nous, on les voit tous les trois mois les patients avec leur prise de sang. Au niveau de la structure, il devrait être mis en place un suivi pour les cours de cuisine. Ou alors est-ce que les gens y vont une fois pour se renseigner et ils y retournent qu'en cas de besoin. Je ne sais pas ce qui est fait. Mais à la demande en fonction du patient ou du médecin. J'ai des patients qui se prennent bien en charge. Parce que j'ai une population aisée. Je pense effectivement que les populations défavorisées ont plus besoin qu'on soit derrière tout le temps. Je vois ça comme un complément d'information après le diagnostic de la maladie. Organiser des cours de cuisine, ça serait mon rêve. Si j'avais le temps. Je veux bien venir ! Les patients s'inscrivent s'ils ont envie, à la carte. Moi vu ma clientèle, ça serait à la carte.

Céline : Actuellement, il existe un compte-rendu de fin de passage, qu'en attendrais-tu ?

Savoir s'il y a eu un impact sur la conduite du patient, s'il est motivé, sur quoi il faut le surveiller.

Céline : Il y a un suivi téléphonique tous les six mois, qu'en penses-tu ?

C'est une bonne idée. Ça fait une piqûre de rappel.

Céline : A ton avis, par quels moyens cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Il faudrait venir voir les médecins. Et moi, j'aimerais bien voir les locaux, aller à une inauguration, voir comment ça se passe. Après, comment on pourrait avoir un lien...mais on est pris par le temps. Je ne sais pas s'ils envoient des comptes rendus au médecin, par téléphone c'est bien. Par courrier, pourquoi pas ?

Céline : Quel rôle aimerais-tu avoir dans cette structure ?

Moi, s'il y a besoin éventuellement. Je travaille à temps partiel. C'est vrai que j'ai un peu de temps. Pourquoi ne pas faire trois heures pour le côté nutrition, des cours de cuisine. Apprendre la béchamel légère...

Céline : Pour finir : deux dernières questions. Quelles sont les pathologies que tu rencontres au quotidien qui pourraient bénéficier de type d'offre éducative ambulatoire ?

Aux enfants obèses. C'est vrai que ça serait bien. Les enfants, je les suis depuis tous petits et on arrive à avoir des résultats chez les enfants et remettre l'IMC dans les rails. Si c'est pris trop tard, c'est désespéré. Ce sont les habitudes alimentaires de l'enfant qui créent les problèmes de diabète. Une structure au niveau des enfants, ça serait bien. Faire des cours de gym pour les enfants obèses. Ils ne font pas de sport car on se moque d'eux. Il faut faire bouger les enfants. Sinon, dans d'autres pathologies, en nutrition, il y a Rocheplane. Il y a les dyslipidémies pour leur apprendre avec des cours de cuisine. J'ai très peu de patients chroniques. Je vois beaucoup d'enfants. Je n'ai pas de BPCO, je n'ai aucun patient avec des gros infarctus. Mais ça pourrait être intéressant avec les kinés, remise au sport, appui sur la diététique.

Céline : Si ProxYDiab 38 propose des FMC, tout particulièrement en ETP, serais-tu intéressée ?

Oui avec plaisir.

Céline : C'est fini. Merci.

Echange sur la gratuité et les horaires de la structure. Peu de publicité. J'aimerais donner le flyer au patient lors de la découverte du diabète.

Echange d'adresse mail.

Difficulté du temps pour les patients lourds, se décharger un peu sur cette structure.

Entretien au cabinet de MG23 le 08/04/2011 à 18h15, entretien de 17 minutes 48 secondes.

Entretien MG24

Céline : L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et la perception de ProxYDiab 38. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes une femme. Quel âge avez-vous ?

41 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1999.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Vizille.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

2000.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral, avec un associé.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

Oui. Je fais partie d'un groupe de pairs, une fois par mois, quatre formations sur deux jours avec MG form. Plus quelques soirées dont celle de ProxYDiab.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Depuis 2000, pas que sur l'éducation. Oui, un ou deux ans qu'on commence à en parler dans plusieurs formations.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

J'en ai beaucoup quand même. J'en vois au moins un par jour, et j'ai trente patients par jour. 15 % environ.

Céline : Nous débutons l'entretien. Il est en trois parties. La première est sur l'ETP en général, la seconde sur ProxYDiab 38 et une ouverture en troisième partie.

En 2009, est parue la loi HPST, qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

(Rires). Peut-être qu'on en entend plus parler et peut-être qu'on est plus vigilant. Est-ce que ça a changé quelque chose dans ma pratique ? Pas sûr. J'en faisais déjà mais on en a peut-être un peu plus conscience.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je dirai le temps. C'est impossible à faire correctement en médecine générale avec les agendas qu'on a. On ne la fait pas bien ! On ne peut absolument pas le faire nous. On a besoin d'autres personnes pour le faire.

Après c'est le patient lui-même qui est complètement réfractaire surtout dans le diabète. Quand on commence à lui parler d'habitudes alimentaires, on passe à autre chose. C'est un manque de motivation car ça leur paraît inimaginable de changer leurs habitudes. Ils le prennent mal. Ils n'aiment pas qu'on mette le doigt sur ce qui ne va pas (Rires). Ils savent instinctivement ce qu'il faut faire mais ils savent que c'est difficile. Mieux vaut ne pas avoir de déni. Pour certains, j'ai une barrière culturelle mais ce n'est pas ça qui me pose le plus de problème. Le temps et la motivation du patient. (Téléphone).

Céline : Quelles ressources percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

J'ai quelques documents écrits et puis j'ai des choses préenregistrées sur mon ordinateur et je leur donne facilement.

Céline : Seconde partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu ProxYDiab 38 ?

J'ai connu suite à une proposition de soirée. On en a parlé en groupe de pairs.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

J'en ai parlé à beaucoup de patients mais surtout aux plus jeunes patients. Les plus jeunes que je suis depuis un petit moment et qui font n'importe quoi. J'ai un peu du mal à les équilibrer. Je vois bien qu'il y a un problème d'éducation dans le domaine de l'activité physique et de la diététique. Quand je dis des jeunes pour moi ce sont des jeunes diabétiques entre 50 et 65 ans. Pour beaucoup c'est inimaginable de libérer du temps. Ce sont des gens qui travaillent ceux à qui j'ai proposé. Se libérer du temps, plusieurs demi journées, ce n'est pas possible pour eux. Ceux qui ne travaillent pas, le frein, c'est qu'ils ne veulent pas mettre le doigt sur ce qui ne va pas.

Pour certains, il y a le frein du déplacement sur Grenoble. Peut-être en téléportant ProxYDiab, ils viendraient plus facilement mais je ne pense pas que ça soit le premier frein.

Mon patient, c'est un chasseur. Imaginez ce qu'il mange.

Céline : Qu'est-ce qui vous a incité à choisir ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, comme une diététicienne, un avis diabétologique ?

J'ai déjà, pour ces patients-là, essayé la diététicienne. Ce n'est pas suffisant car il n'y a pas de prise de conscience. Peut-être quelque chose de plus complet à priori. Je pense que c'est plus intéressant : c'est multidisciplinaire, la rencontre avec d'autres patients. Il n'y a pas que la diététique même si on discute beaucoup autour de ça. Il faut qu'ils comprennent leur maladie. Si on veut qu'ils comprennent leur maladie pour changer leurs habitudes.

Céline : Actuellement, un de vos patients est inscrit. Avez-vous noté des changements chez ce patient ?

Je ne sais pas lequel c'est. Je leur en parle à chaque consultation. J'en ai un qui m'a dit qu'il allait faire la démarche. Je le travaille depuis un moment.

Pour l'instant, je ne peux pas répondre à la question.

Céline : Qu'attendriez-vous de la structure sur vos patients ?

Eh bien. Justement. Que le patient adhère plus à la prise en charge qu'on leur demande de tenir. C'est un peu lourd et ils n'adhèrent pas toujours. Il ne faut pas leur bilan. Une adhésion en tout : les médicaments, qu'ils arrêtent de faire ce qu'ils veulent avec leur traitement.

Céline : Qu'attendriez-vous de cette structure sur votre pratique ?

Si ça pouvait me faire gagner du temps, ça serait bien. (Rires). Ça peut être une aide. Si ça fait comprendre au patient ce qu'on fait. C'est plus facile pour nous d'agir. Ça nous facilite la prise en charge et que le patient soit plus adhérent, moins dans le déni. Il faut qu'on travaille ensemble et non l'un contre l'autre car c'est ce qui se passe avec les diabétiques.

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ?

Pas trop pour l'instant. Je ne les ai pas appelés. J'ai des flyers. Pas encore de relations.

Céline : Comment à votre avis pourrait-on continuer à interagir pour vous aider dans la prise de votre patient ?

Ça serait bien qu'il y ait des doses de rappel. Moi, je n'en ai pas encore vu mais je crois qu'il y a un rapport à la sortie. Je pense qu'avec le rapport, on peut y revenir. Ce rapport doit nous aider et on peut recibler avec le patient les choses qu'on a un peu oublié en route. A partir d'un écrit, c'est ce que je pense.

Céline : Qu'attendriez-vous du compte-rendu ?

Les grands points. Qu'est ce que le patient a compris et à quel endroit il pense pouvoir faire des efforts. A quel endroit il pense ne pas avoir compris. Nous on peut travailler ça derrière. Soit il n'a rien compris et on peut lui reproposer ProxYDiab 38. Ou alors, il avait bien compris mais c'est en train d'être oublié.

Céline : Vous avez tout dit. Les difficultés, ce que le patient acquis, quels ateliers il a faits. Ça vous permet de rebondir pour vous. De plus, un suivi téléphonique est réalisé tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

C'est déjà pas mal. Après, pas trop non plus. Six mois, en pratique, je ne me rends peut-être pas bien compte. Peut-être trois mois au départ. Peut-être ne pas attendre six mois. Ne pas les lâcher tout de suite dans la nature. Il faudrait qu'il refasse certains ateliers en fonction de leurs difficultés.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Je ne sais pas. Qu'est ce que je pourrais faire là bas ? Honnêtement, je ne sais pas. Je ne me suis pas posée la question. Je me suis posée la question de comment l'utiliser mais pas encore de mon rôle.

Il faudrait une spécificité. Quelle serait-elle ? Je ne sais pas. Je préfère l'utiliser plutôt que participer.

(Consultation urgente).

Céline : Avez-vous des choses à rajouter ?

En tout cas, c'est une bonne idée et je pense que ça va nous être utile. Il faudrait que ça reste pérenne.

Céline : Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type de structure ambulatoire ?

Il y a l'insuffisance rénale. Il y a un début qui a été fait. Il y en a plein. L'éducation thérapeutique c'est pour toutes les maladies chroniques. Moi, j'ai un gros souci pour que les gens comprennent. Tout ce qui est rhumatologique, les problèmes de dos. Pour tous les gens qui ont mal au dos et qu'on n'arrive pas bien à prendre en charge. Ça pourrait nous aider. L'asthmatique qui ne se soigne pas du tout, qui fait n'importe quoi. Lui, c'est catastrophique : il faudrait reprendre dès le début.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC, tout particulièrement en éducation thérapeutique du patient seriez-vous intéressée ?

Oui !

Céline : C'est fini. Merci encore.

Entretien au cabinet de MG24 le 14/04/2011 à 14h00, entretien de 16 minutes 7 secondes..

Entretien MG25

Céline : Merci de me recevoir. Je suis en dernière année de médecine. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et la perception de ProxYDiab 38 que vous ne connaissez pas. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

59 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1978.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Grenoble ?

1981.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral, sans associé. Avec un peu d'acupuncture, je fais la régulation au centre 15.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

Oui. Trois, quatre fois.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Spécifiquement sur l'éducation thérapeutique. A l'occasion de formations sur le diabète et l'hypertension artérielle, on en parle.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

En pourcentage, je n'en sais rien. Je devrais m'intéresser à ça en lisant mes fichiers sécu. J'en vois beaucoup. Je ne peux pas vous répondre, plutôt que vous dire un chiffre au hasard.

Céline : Nous débutons l'entretien. Il est en trois parties. La première est sur l'ETP en général, la seconde sur ProxYDiab 38 que je vous présenterai et une ouverture en troisième partie.

En 2009, est parue la loi HPST, qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

Ça n'a pas changé. Je le faisais sans le savoir sans doute. Aucun impact pour moi.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

(Hésitations). Vous me posez des questions auxquelles je n'ai pas pensé ! L'attention du patient qui n'est pas venu pour ça et qui est toujours surpris quand on commence à lui parler du fait qu'il se responsabilise. La motivation du patient qui n'est pas venu pour ça

Céline : Le temps peut-il être une difficulté pour vous ? C'est souvent une réponse.

Pas en ce qui me concerne. Je prends des consultations longues.

Céline : Quelles ressources percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

Essentiellement sur des dessins que je fais. Pour ce qui concerne le diabète, j'ai des appareils de lecteurs de glycémie. J'ai des échantillons de seringues pour les patients qui sont sous insuline pour leur montrer. Je leur demande de me rapporter un carnet diététique. Je fais une enquête diététique. Je ne donne pas de régime. (Téléphone).

Céline : Vos ressources ?

Le fait d'être médecin traitant fait qu'on a le temps devant nous.

Céline : Seconde partie sur ProxYDiab 38. Connaissez-vous cette structure ?

Non.

Céline : Je vous la présente. C'est une structure ambulatoire pour de l'éducation thérapeutique dans le centre de Grenoble vers Mounier, constituée de diététiciennes, d'éducatrices en activité physique adaptée, une diabétologue. Le patient fait des ateliers soit seul ou en groupe avec plusieurs thèmes abordés comme la physiopathologie du diabète, l'activité physique et la diététique. Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour vos patients ?

L'approche diététique est intéressante dans le diabète de type 2. Le frein, c'est la non prise en charge des consultations de diététique mais si ça peut être un moyen de prendre en charge cette consultation. Oui c'est bien.

Céline : En effet, ProxYDiab 38 est gratuit.

Gratuit, non. Ce n'est pas gratuit. On va parler des réseaux. Encore un de plus. Voilà.

Céline : Ce n'est pas un réseau. C'est une association loi 1901.

Il y a eu des assurances privées qui se sont lancées là dedans, qui faisaient des choses gratuitement. Je n'ai pas vu beaucoup de gens volontaires. Personnellement, un diabétique je l'envoie au diététicien. Au début, il me dit « oui peut-être » mais quand il faut réellement le mettre en place, ils n'y vont pas.

Pour certains diabétiques, c'est peut être intéressant avec une infirmière. C'est le système américain. Une infirmière qui les rappelle à l'ordre, ce que nous on n'a pas le temps de faire.

Céline : Qu'attendriez-vous de cette structure pour votre pratique ?

Je n'en attends rien. On m'a sollicité, on m'a envoyé un papier. Je l'ai lu rapidement et rangé dans un coin. Ça ne m'a pas vraiment paru si intéressant que ça.

Céline : A quel patient proposeriez vous ProxYDiab 38 en imaginant que vous en envoyez ?

Le plus difficile, c'est le diabétique non insulino-dépendant de la trentaine ou quarantaine, jeune qui n'arrive pas à se discipliner sur le plan de la diététique. La personne âgée, diabétique je ne le vois pas participer à ce type de groupe type weigt watcher.

Céline : Je ne connais pas Weigt watcher ! Je connais les cours de Proxydiab par contre !

Oui. Plus pour les jeunes et la diététique.

Céline : A votre avis, comment pourrait-on continuer à interagir pour vous aider dans la prise en charge après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ? Vous disiez une infirmière qui rappelle les patients.

Je n'ai pas d'idée parce que j'envoie volontiers mes patients non insulino-dépendants en surpoids à Rocheplaine en cure. Pour l'instant, les résultats sont décevants avec le recul. Hors là, ils sont encadrés avec un système d'une approche multiple. Psycho, diététique, kinésithérapie mais c'est décevant. L'efficacité à court terme oui mais pas au long terme. Du coup, je pense que c'est désespérant ! Ces structures ne sont pas toujours une réponse.

Céline : Comment cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Je pense que ça serait bien si on pouvait participer. Mais c'est compliqué. Même si ce n'est qu'en tant qu'observateur et voir comment ça fonctionne. Mais là, c'est le temps qui manque. Il faut faire de la publicité. Je pense que les caisses d'assurance maladie connaissent bien et savent quel patient est sous metformine. Ce critère là pourrait sélectionner les patients. Je ne sais pas si on a le droit pour le secret médical. Leur envoyer des mails d'encouragement avec ponctuellement comme c'est fait pour le dépistage des cancers, recevoir un bon pour une séance qui peut laisser une chance à Proxydiab de se faire connaître. Il faut repérer les patients ! Mon ordinateur est en train de chercher pour votre question !

Céline : J'attends alors ! Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

(Hésitations). Si ProxYDiab 38 peut être intéressant pour les patients, il faut que les médecins soient intéressés et pour les intéresser, il faut les former. Je pense que dans ce type de structure, on pourrait imaginer des formations destinées aux médecins. Oui, organiser des formations pour les médecins.

Céline : Vous avez répondu à ma dernière question ! Deux dernières questions. Quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

C'est très à la mode comme les associations de consommateurs qui veulent reprendre la main. Chacun de mes patients est un individu et quand je lui propose de participer à des groupes... comme le tabac, l'alcool n'en parlons pas. Oui bien sûr. Tout ce qui est la diététique des lipides, tout ce champ est intéressant. Il y a déjà des réseaux dans les pathologies cardiaques. Je ne sais pas si ça peut déboucher sur quelque chose. J'ai une petite expérience de patients insuffisants cardiaques appartenant au réseau, et je me demande si c'est vraiment utile. Avec des diététiciennes, des infirmières qui se déplacent à domicile, car ce sont des patients avec des complications. J'attends de voir... C'est lourd, ça coûte cher et pour l'instant le bénéfice attendu ne me semble pas vraiment intéressant.

Céline : Vous avez déjà répondu. Seriez-vous intéressé si ProxYDiab 38 propose des FMC, tout particulièrement en ETP ?

Oui.

Céline : L'ordinateur cherche toujours ?

Oui. Mais il ne trouve pas.

Discussion à part : s'imaginer que le médecin peut tout faire en une consultation. Il faut faire revenir le patient pour faire de l'ETP pendant une consultation.

Entretien au cabinet de MG25 le 19/04/2011 à 9h40, entretien de 18 minutes 24 secondes.

Entretien MG26

Tu l'as fait seule ?

Céline : Oui comme ça, je sais où j'en suis !

Ça prend du temps. Moi, c'était sur les signes cutanés des maladies immuno inflammatoires. J'avais fait un diaporama. C'est long.

Céline : Oui !

Il faut mettre une échéance.

Céline : Oui !

C'est bien parti !

Céline : Ma thèse concerne les facteurs favorisant ou freinant l'implication des médecins généralistes à faire de l'éducation thérapeutique et leur perception de ProxYDiab 38 que je te présenterai.

Je connais juste de nom.

Céline : Tout d'abord, il me faut une fiche descriptive.

Tu es une femme. Quel âge as-tu ?

49 ans.

Céline : Ton année de thèse ?

1995.

Céline : Ton lieu d'exercice ?

Grenoble Teisseire.

Céline : Depuis quand es-tu installée sur Grenoble ?

1998.

Céline : Ton mode d'exercice ?

Libéral avec une associée.

Céline : Fais-tu des FMC ? Si oui, combien par an ?

Oui. Deux à trois weekend.

Céline : En as-tu fait concernant l'ETP ?

Non.

Céline : Quelle pourcentage de ta patientèle est diabétique de type 2 ?

Tu as des pourcentages à me proposer ? Je dirai au moins 10 %. 10 à 15 %.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il sera en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et il y aura une ouverture à la fin.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé ta pratique en ETP ?

En rien. (Rires). Parce que je faisais déjà ça. C'est complexe car c'est polyvalent si tu veux. Il faut du temps et de l'énergie. On le fait déjà mais il faudrait plus de temps. Le côté législatif n'a rien changé.

Céline : Quelles difficultés perçois-tu pour avoir une approche éducative au cabinet ?

La difficulté, c'est le temps. La deuxième, ce sont les freins culturels venant du patient. Même si tu as l'impression qu'il est compliant, coopérant au traitement, tu t'aperçois surtout au niveau de l'alimentation et des règles hygiéno-diététiques, c'est difficile. Pour moi, c'est là où c'est le plus difficile. Après, c'est la compliance au traitement. Tu les interrogés, ça n'a pas bougé... : « Finalement, le comprimé du midi, je l'oublie, je n'y pense pas ». C'est un des freins qui pourra peut-être être levé avec du temps. Le problème, c'est le temps. La consultation de vingt minutes quand il faut faire un examen clinique complet, vérifier l'absence de mycose... parler d'alimentation, du traitement, regarder ses pieds... Tu schintes une partie pendant la consultation. Ce sont ces freins là essentiellement.

Céline : Quelles ressources perçois-tu pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je leur donne des informations papier assez succinctes et faciles d'accès. Des informations concernant l'alimentation. Je reste plus simple qu'avant dans la façon dont je transmets le message. Avant j'avais tendance à dire il faut 150g de machin. On avait fait une soirée sur la culture et le diabète avec Dr Carpentier et elle disait « il ne faut pas faire ça ». Il faut passer par l'oral, peu par l'écrit car ils ne comprennent pas toujours. En tout cas pour notre population de diabétique, 80% sont maghrébins. Elle disait que l'information doit être orale, le plus simple possible. J'ai bien retenu. Il faut aussi donner des recettes, échanger des recettes, de marcher avec leurs amies. Leur donner des tuyaux. La langue n'est pas un frein. Ils comprennent s'ils ont envie de comprendre. Le problème, il est vraiment culturel. L'autre jour, j'ai vu une jeune pour une chirurgie bariatrique... Elle est cortiquée, aide soignante. Elle en peut plus de ses kilos. Elle me dit que c'est culturel, c'est convivial, c'est le partage. C'est difficile de changer les habitudes.

Céline : On passe à la deuxième partie sur ProxYDiab 38. Connais-tu cette structure ?

De nom.

Céline : C'est une structure multidisciplinaire avec des diététiciennes, des APA, une infirmière et une diabétologue. Il y a différents ateliers à la carte concernant la physiopathologie du diabète, la diététique et l'activité physique. Cette structure est vers Mounier. Qu'attendrais-tu d'une telle structure éducative pour tes patients diabétiques de type 2. ?

Moi ce que j'attendrai... Ça serait structurer, de pouvoir faire des sortes de cycles pour qu'ils soient le plus compliants possibles. Il faut éviter à la demande. Si on leur propose, ils ne viennent pas. Il faut être précis en leur disant, une fois par

semaine, vous venez et on revoit la diététique. C'est nécessaire d'être le plus précis possible sur le cycle. Je pense que ça peut nous aider.

La première chose chez les patients en surpoids, la perte de poids pour diminuer le risque cardiovasculaire. L'approche diététique. Le côté sport peut être intéressant. Il faudrait des groupes hommes, femmes. Il peut y avoir des freins à ce niveau là. Essayer d'appréhender. Par exemple, la kiné du rachis... On partage femme, homme. C'est vraiment de rentrer dans un cadre plus structuré que ce qu'on peut faire. L'aspect polyvalent, pas qu'un seul aspect des choses. Les chiffres... (Rires). Je ne sais pas s'ils comprennent les chiffres. Ils s'en foutent des objectifs. Par contre la gêne du surpoids, le poids, les complications... En sachant que je ne dresse pas un tableau dramatique, les amputations. Ça ne marchera pas et ce n'est pas ma façon de présenter les choses. Le spectre des complications, ils l'ont. Ils ont en tête celui qui a fait une hémiplégie...ça peut être motivationnel parfois.

Céline : Qu'attendrais-tu de ProxYDiab 38 pour ta pratique?

Dans ma pratique, de m'aider à faire tout ça. M'aider à faire ce que je n'arrive pas toute seule ! Si tu veux, nous on fait tout. L'intérêt c'est qu'il y a une diététicienne, un coach sportif pour le sport. Donc il consacre plus de temps à chaque phase du traitement.

Céline : A quel patient proposerais-tu ProxYDiab 38 ?

Je dirais le patient jeune qui a envie, chez qui tu sens un désir de changer les choses. Les patients jeunes car c'est là, où à mon sens on sera le plus efficace. On aura le plus de gain : où les patients seront le plus adhérents. Quand le diabète est installé chez les gens. J'ai plus de patients sous insuline lente. S'ils ont une seule injection, ils sont plus avancés en âge et je pense qu'on a plus de mal à le proposer. Ce n'est pas trop tard mais je ne suis pas sûre qu'ils aient envie de le faire. Les adresser pour une aide aux injections, pourquoi pas ? Je fais intervenir l'infirmière les deux premiers mois pour les injections. En fait, on a des surprises. « Ils n'arriveront jamais à se piquer mais ils se débrouillent très bien au final ». Il faut leur faire confiance. Peut-être ne leur fait-on pas assez confiance.

Tout simplement dans les moments où on a baissé les bras : on n'a pas l'énergie. J'envoie aux spécialistes. Je me dis que ça sera quelqu'un qu'ils ne connaissent pas. Moi, je suis le médecin traitant : ils m'entendent dire toujours la même chose. Par exemple au Dr Farre ou Dr Pradines... J'ai un patient en tête. Je pensais que son régime se passait bien. Ça a fait sourire sa fille. Elle me disait qu'en Algérie, c'est de la folie. « C'est le culte de la bouffe ». Tout ce qu'il ne vous a pas dit, il l'a dit au Dr Pradines. Le matin, il prend du quatre quart ! Il a perdu deux points d'Hba1c en trois mois simplement avec l'alimentation. C'est le changement d'interlocuteur. Notre rôle est intéressant car on est médecin traitant mais on ne fait plus écho. Et parfois, nous en avons marre : « que faire de plus, j'ai envoyé aux spécialistes, j'ai tout épuisé ». L'équipe pluridisciplinaire peut servir à ce moment-là.

En cas de difficulté avec le traitement où on ne veut pas augmenter la thérapeutique mais où les habitudes doivent être revues.

Céline : A ton avis, comment pourrait-on continuer à interagir pour t'aider dans la prise en charge après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?

Ce qui serait très bien, c'est de pouvoir entretenir, qu'il y ait des consultations d'entretien comme je fais avec Mme Hars dans les conseils diététiques. Quand ils ont perdu du poids, elle les voit de façon régulière, une fois par mois. Refaire de façon moins détaillée un rappel, une fois par mois ou tous les deux mois.

Céline : Actuellement, il existe un rappel téléphonique tous les six mois, qu'en penses-tu ?

C'est déjà bien. Je trouve que c'est bien car le contact téléphonique est plus porteur que l'information papier. C'est plus porteur que par courrier. D'autant que pour les maghrébins, ils sont communicatifs dans l'interface. Ce n'est pas mal.

Céline : Il existe un compte-rendu de fin de passage, qu'en attendrais-tu ?

De faire un récapitulatif des chiffres bio, avant et après. Et puis, sur chaque activité, chaque support, le bénéfice du patient. Ce qu'il en a tiré, la perception des différents intervenants. Il faudrait soulever les difficultés pour s'en servir par la même....

Céline : J'ai oublié ma question !!! Elle va revenir...

Avoir des tuyaux, ça peut être bien. On peut avoir des freins, on reste sur des choses auxquelles on ne pense pas forcément. Le dosage des 150g... : jamais j'aurais pensé que ça soit un frein. Ils ne te le disent pas. Il faut passer par l'information orale car beaucoup de patients ne savent pas lire. Ça m'a interpellée car je n'y avais pas pensé. Ce sont des tuyaux des uns et des autres pour nous aider.

Céline : Voudrais-tu recontacter ProxYDiab38 en cas de besoin ?

Ça serait super si je sens un patient qui faiblit. J'ai une patiente hospitalisée à Uriage. D'origine italienne... Elle vient avec les lasagnes. Je lui dis qu'il y en a pour trois mois. En trois semaines d'Uriage, elle est passée de 7.5 à 5.5 %. Chaque mois, je l'ai vu reprendre un point. Je lui ai dit que l'alimentation était trop riche. Elle grossit mais « elle ne mange pas ». Là, je la renvoie à Uriage.

Céline : Quel rôle aimerais-tu avoir dans cette structure ?

(Hésitations). C'est difficile de pouvoir donner son expérience de médecin traitant. Un rôle, ce n'est pas un rôle car je n'en voudrais pas. Mais pouvoir échanger sur ce qui coince pour pouvoir t'améliorer. Sachant que des fois, tu as des utopies. Au départ quand je remplaçais, je disais il faudrait faire une soirée diabète et solliciter certains patients et revoir leur régime. Mais ma pauvre, tu débutes. A mon installation, ça m'a passé. Il y a un intérêt. Je voudrais juste être le médecin traitant en partenariat avec ProxYDiab 38.

Céline : Par quels moyens cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

C'est vrai que je pense que la communication internet, c'est bien. Je me sers de l'information papier autrement. C'est ce qui avait été fait ; je crois. Par l'intermédiaire de soirées pour présenter les intervenants et ça te donne envie. C'est une idée super. Mais il ne faut pas que les médecins l'oublient. Il faut qu'ils fassent appel à eux. Comment on fait ?

Céline : Tu donnes un flyer au patient en remplissant les informations. Le patient doit appeler la structure.

C'est une bonne démarche de leur demander d'appeler.

Céline : Je te donnerai le flyer à la fin. Deux dernières questions, quelles sont les pathologies que tu rencontres au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

L'HTA. On se retrouve sur le même type de pathologies. C'est une maladie asymptomatique au début, les complications arrivent de façon silencieuse. Il y a un défaut de compliance. Les complications à long terme avec une maladie asymptomatique.

Après, le surpoids, l'obésité car c'est vraiment difficile. Il faut des intervenants différents. L'intérêt de ProxYDiab 38, c'est de trouver plusieurs intervenants dans une même structure. On peut trouver des intervenants, mais ça fait beaucoup de rendez-vous. C'est la difficulté.

(Hésitations). Non je n'en vois pas d'autre.

Céline : Si ProxYDiab 38 propose des FMC, tout particulièrement en ETP, serais-tu intéressée ?

Oui bien sûr !

Céline : C'est fini. Merci encore.

Même si on a des tuyaux, j'essaie de faire des soirées... J'ai fait sur les traitements antidiabétiques oraux. Il y a tellement de trucs. Je me disais, est ce que je fais des bêtises. Mme Farre est très claire.

Echange flyer. C'est intéressant d'avoir les intervenants dans une même structure et de pouvoir les appeler. Il faut des gens fermes. Ce n'est pas loin du cabinet.

Entretien au cabinet de MG26 le 19/04/2011 à 13h30, entretien de 28 minutes 9 secondes.

Entretien E5

Céline : Merci de me recevoir. Je suis interne en 9^{ème} année de médecine générale et je fais ma thèse sur l'ETP et la perception de ProxYDiab 38 des médecins généralistes et endocrinologues de la région grenobloise.

Pour débiter, j'ai une fiche descriptive. Vous êtes une femme, quel est votre âge ?

54 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1988.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble.

Céline : Depuis quand êtes-vous sur Grenoble ?

1992.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral principalement et attachée des hôpitaux sur la diabétologie adulte et infantile.

Céline : Cette année, avez-vous fait des FMC ? Si oui combien ?

Non, je fais des formations aux autres mais je ne me forme pas moi. Je fais des congrès français de diabétologie, européen du diabète.

Céline : En avez-vous fait sur l'ETP ?

Non. Il y en a mais auxquels je n'ai pas assisté.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

On a beaucoup de patients sur la thyroïde. Au jugé comme ça, je dirai 50 à 60 %.

Céline : Ensuite c'est l'entretien en lui-même avec trois parties : une sur l'ETP en général, une sur ProxYDiab 38 et enfin une question d'ouverture.

En 2009, la loi HPST mettait l'ETP comme priorité nationale. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

En rien. On n'a pas changé du tout notre pratique. Cette loi n'a pas eu des développements, ni des avancées. Pour ma part, ça n'a rien changé.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le manque de temps, on dira le manque de temps. Je ne vois pas comment on peut tout faire dans une consultation diabétologique. Il y a tellement de choses à faire. On essaie de faire de l'éducation. Mais au milieu de l'éducation diététique, thérapeutique, de la maladie. On a énormément de choses avec l'examen clinique. On y passe énormément de temps. Les diabétiques de type 2, vous avez quand même une certaine inertie liée au patient, à des ethnies différentes, liée au fait qu'on touche la nutrition, l'intégrité du patient. On touche à beaucoup de domaines qui ne sont pas évidents à faire bouger. Voilà.

Céline : Voyez-vous autre chose ?

Non.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour faire de l'ETP au cabinet ?

Les formations faites dans ce domaine. Sur l'information, justement, les compléments qu'on peut avoir à côté. Je ne peux pas être plus précise.

Céline : Deuxième partie sur ProxYDiab 38. Comment avez-vous connu cette structure ?

Par la copine diabéto qui est attachée, qui nous a fait tout de suite l'information dans le cadre de notre association Adélie (associations des diabétologues endocrino libéraux). On a tout de suite eu l'information et j'ai de suite adhéré sans souci.

Céline : A quel patient avez-vous proposé ProxYDiab 38 ?

Justement, les patients type 2 qui ont dans le domaine éducatif diététique besoin d'une remise à niveau par rapport à la maladie, qui ont le temps d'y adhérer. Je dirais que c'est une demande qu'on fait le plus souvent possible. Après, il faut que ça soit un patient dans la démarche de vouloir faire bouger les choses. Non, je ne propose pas qu'en cas de difficulté. Il faut qu'on connaisse un peu le patient et qu'on ait l'ouverture. On fait soi-même l'éducation sur plusieurs consultations, qu'il y ait une démarche spécifique.

Céline : Pourquoi avoir choisi ProxYDiab 38 plutôt qu'une autre alternative, diététicien, nutritionniste ?

C'est une structure multidisciplinaire. Il y a la structure de groupe : on sait qu'il y aura l'éducation en groupe qui est intéressante. Il y a la diététicienne en même temps qu'un autre avis médical avec une éducatrice sportive. C'est rare.

Céline : Quels changements avez-vous constaté chez vos patients après leur passage ?

Disons qu'on sent qu'ils ont un aspect de la maladie un peu plus responsabilisé. Ils ont une meilleure connaissance de la maladie. Est-ce que c'est parfait ? Je n'en sais rien. Sur le plan biologique, je ne peux pas dire car je n'ai pas suffisamment fait attention pour dire ; je vais le noter. Je n'ai pas l'impression en tout cas. Soyons simple, je n'ai pas de précisions à donner, de dire « faire attention aux glyquées ». Je note leur passage dans le dossier mais je ne sais pas quelle est la responsabilité de ProxYDiab 38. Je ne peux pas vous dire. On a l'impression qu'ils ont au niveau de l'activité physique une stimulation supérieure.

Céline : Quelles répercussions avez-vous noté pour votre pratique ?

(Hésitations). Ça n'a pas modifié. Non, parce que je les envoyais régulièrement sur le service d'éducation. Je ne travaille pas différemment. La démarche reste identique. Maintenant, ProxYDiab 38 c'est pour le type 2, le type 1 c'est au CHU. Il se concentre sur l'insulinothérapie.

(Téléphone).

Céline : Quelles relations entretenez-vous avec la structure ?

Pas énormément. Les relations qu'on a ce sont les informations par Céline. Autrement, on n'a pas été voir. On envoie sur la confiance qu'on a sur les personnes qui y travaillent. Aucune difficulté. Nous avons des rapports satisfaisants. C'est une connaissance des individualités plus que la structure elle-même.

Céline : A votre avis, comment pourrait-on continuer à interagir pour vous aider dans la prise en charge après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?

Moi je pense que des journées d'évaluation annuelles si c'était possible tous les ans pour refaire le point et refaire une injection de rappel. Ça serait très intéressant.

Céline : Actuellement, il existe le compte-rendu de fin de passage. Qu'en pensez-vous ?

C'est très intéressant car justement ils voient les patients plusieurs fois en un temps rapproché. Ils ont donc une autre approche, c'est utile et complémentaire par rapport à notre travail. Je m'en sers pour voir les domaines où il faut pousser un peu.

Céline : Un suivi téléphonique est instauré tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

Ce n'est pas mal.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Rien. Ça va. Je fais confiance et j'ai assez de choses à faire.

Céline : Une dernière question, seriez-vous intéressée si ProxYDiab 38 propose des formations sur des thématiques éducatives ?

Selon la thématique. Après le temps est compté. Sur un module spécifique d'un intérêt. Par exemple, l'insulinothérapie avec une technicité différente de la mienne, pourquoi pas ? Il faut des modules spécifiques.

Céline : C'est fini. Merci beaucoup. Car on court après le temps.

Vous pouvez me joindre si besoin et je n'ai toujours pas rattrapé le temps.

Entretien au CHU de E5 le 19/04/2011 à 15h, entretien de 11 minutes 13 secondes.

Entretien MG27

Céline : Merci de me recevoir. Je suis en dernière année de médecine. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et la perception de ProxYDiab 38 que vous ne connaissez pas. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

53 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1984.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Saint Martin d'Hères.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Saint Martin d'Hères ?

1986.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral exclusif.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

Oui je fais des FMC surtout des FPC. Je fais les huit journées et c'est toujours très intéressant. Je suis curieux donc j'y vais avec plaisir. Je suis beaucoup sorti en soirées mas j'ai décroché car c'est fatiguant et le soir on a besoin de dormir. J'en fais moins, quasiment plus. J'aime beaucoup lire. Je lis tout ce qui me passe sous la main. Je m'intéresse un peu à la phytothérapie et je me forme à ça. J'ai le projet d'installer un cabinet à trois...

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Oui, une journée sur Lyon avec l'AFML il y a deux mois. Dans la foulée, j'ai eu une soirée de formation avec Dr Giordano sur son réseau de rhumatologie qu'elle nous a présenté. Donc une journée et une soirée.

Pour les revues, je lis le panorama médecine qui a une rubrique avec de l'éducation thérapeutique tout comme le concours médical. Ça paraît ésotérique de prime abord. On a le sentiment d'avoir toujours fait de la prose mais on n'a pas parlé de la même langue. C'est la question. Ce que j'en ai compris, c'est inscrit dans la loi HPST...

Céline : Vous trichez, ce sont mes questions !

Ça devrait être une obligation selon les intervenants que j'ai rencontrés. Nous sommes dans une posture lilliputienne par rapport à ce genre de choses. Nous n'avons pas les moyens financiers ni même les réseaux mis en route qui sont tenus à bout de bras par les labos. En rhumatologie, la question s'est posée : est ce qu'on met la clef sous la porte ou est ce qu'on continue. C'est clair que pour nous médecins généralistes ce sont des coquilles vides qui nous sont envoyées. En sachant qu'en amont, les structures plus fortes que nous se sont servies au niveau financier. Nous on n'a rien ou clairement pas grand chose du tout. Si on devait faire des actes, ça ne serait pas pris en charge par la sécurité sociale. Il y a vraiment un contresens le plus total. J'ai l'intention l'année prochaine en libérant de la place à mon confrère, de faire la formation du Pr Halimi. Il y a un pré requis. Je vais mettre à profit ça mais sans grand espoir pour savoir comment mettre ça en musique puisqu'il faut de l'argent et c'est clair qu'on passera à la casse.

Céline : Vous avez déjà bien avancé ! Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Je l'ignore. Comment pourrais-je trouver cette information ? Au moins un par jour sur une vingtaine de patients. Je vais demander à mon épouse ! 10 %.

Céline : Nous débutons l'entretien. Il est en trois parties. La première est sur l'ETP en général, la seconde sur ProxYDiab 38 que je vous présenterai et une ouverture en troisième partie.

Vous avez déjà triché !

En 2009, est parue la loi HPST, qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

Pour l'instant en pas grand-chose. J'ai le sentiment d'avoir fait de la prose. Il est clair qu'on nous demande de ne pas faire que de la prose. Faire de l'information, ce n'est pas de l'éducation. On nous l'a dit et redit. Quand je relis ce qui est écrit dans les revues concernant l'éducation thérapeutique, ça reste beaucoup de l'information. Ce ne sont pas des synonymes, ce sont des mots assez proches. Ça dépend par quel bout de la lorgnette on regarde.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le temps. La formation un peu technique au niveau diététique. Je ne suis pas une génération où on faisait beaucoup de diététique. Ça se résume à un TD d'une après midi. Je n'ai pas de connaissance. Ça me rebute assez de faire ça... Ce n'est pas avec plaisir que je me penche sur la question. L'approche nutritionniste m'intéresserait plus car plus facile à aborder, qui rentre plus dans notre cursus d'étude. Ça reste assez limité. Je vois les limites surtout avec les diabétiques de type 1, et les équivalences. Je suis largué. On oublie vite car on ne pratique pas. C'est la difficulté diététique.

L'approche psychologique, je crois que je maîtrise assez les choses pour la motivation. Normalement ! J'ai une assez bonne approche dans la discussion avec les patients. Le temps, l'argent et la connaissance technique diététique. Il y a aussi le frein culturel. Pour Saint Martin d'Hères, on n'est pas défavorisé mais la population est plutôt ouvrière avec des populations transplantées diabétiques nord africaines. La question de la culture culinaire. On est largué !

Sa femme : la nécessité d'un encadrement administratif pour ce genre de règles. On entre vite dans des plans financements que le médecin ne peut pas faire seul. Faire un papier que les patients puissent emporter, faire un programme, relancer les gens voir ce qu'ils en ont tiré. Faire un vrai travail d'éducation thérapeutique. Pour le travail de synthèse, il faut des petites

maines. Soit on y consacre du temps mais il ne consulte plus. Le poids des réseaux, ce sont les petites mains derrière qui travaillent. Ce qui rend le réseau très cher. Le médecin généraliste bon marché le paie. C'est hors de notre portée.

Céline : **Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?**

Surtout ce que j'ai pu mettre de côté, glaner aux formations. J'ai fait deux fois la formation diabète, j'ai fait des soirées avec Pr Halimi. Ça s'est effiloché dans le temps car le savoir se délite un peu. Ce sont surtout, des informations papiers. Je ne me plonge jamais sur internet même si je suis censé le faire. Je suis réfractaire à l'ordinateur mais il y a des choses farineuses. Il faut avoir le temps de s'y plonger... C'est toujours le même problème. À vingt euros la consultation. L'information pour le patient est plutôt orale. J'essaie d'avoir une posture éducative dans mes consultations intermédiaires que je peux donner à mes patients quand leur glyquée est mauvaise ou quand il manipule l'insuline. Je n'hésite pas à les revoir tous les quinze jours. Je me sers des chiffres du carnet glycémique pour dire ce qu'ils peuvent faire. C'est bénéfique pour eux.

Céline : **Deuxième partie. Connaissez-vous ProxYDiab 38 ?**

Non.

Céline : **Je vous la présente. C'est une structure multidisciplinaire avec des diététiciennes, des APA, une infirmière et une diabétologue. Il y a différents ateliers à la carte concernant la physiopathologie du diabète, la diététique et l'activité physique. Cette structure est vers Mounier. Qu'attendriez-vous d'une telle structure éducative pour vos patients diabétiques de type 2. ?**

Pour l'instant, ça peut être éventuellement le maillon manquant entre le libéral et l'hospitalier pour les questions de thérapeutique qui se faisaient en séjour cadré à l'hôpital. C'est un moyen de décentraliser. C'est surtout de ... Pour l'explication de la maladie, ça je peux le faire tout comme la gestion de l'insuline. Même si je peux m'améliorer. C'est plutôt sur les index glycémiques par exemple, je serai déstabilisé sur la partie diététique. La partie diététique est importante. Pour ce qui est de l'éducation des pieds, de l'œil, ça peut être un plus. On escamote vite les choses. Surtout la diététique, de l'hygiène de vie avec éducation physique aussi.

Céline : **Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?**

Un retour d'informations toujours intéressant mais on ne peut pas vous accaparer par des problèmes de retour. Je ne suis pas remonté contre quelqu'un qui n'a pas fait un courrier exhaustif. Je prends le téléphone. Des formations spécifiques mais pas le soir car je suis crevé. Il y a une revue que j'aimais bien que je ne trouve plus...diabétologie pratique. C'est clair que la relation à terme pour les maladies chroniques éligibles à l'éducation thérapeutique. Donc ça peut être une aide. Il y a l'usure du patient, du médecin, de l'information et de la relation. On sent parfois que ça nous échappe et là ça serait bien. Est-ce votre mission ?

Céline : **Oui. A quel patient auriez-vous envie de proposer ProxYDiab 38 ?**

On shunte les diabétologues. Comment se positionnent-ils ?

Céline : **J'en ai interviewé cinq. Une seule était réticente à ce que les médecins généralistes puissent adresser directement. Les autres sont d'accords et nous pensent aptes à juger.**

Je pense que c'est surtout l'éducation nutritionnelle qui est importante. C'est vrai que les diabétologues le font sûrement mais j'ai l'impression qu'ils ont aussi la tête dans les guidons. J'ai l'impression qu'ils nous renvoient les patients sans lever le nez du carnet... C'est ce que me disent les patients. Ils connaissent mieux le diabète que nous. C'est toujours la charnière. L'éducation thérapeutique est un plus. La motivation, ça peut être un plus quand la relation est épuisée. Il faut que le médecin généraliste se remotive, c'est à sa portée.

Je n'envierai pas au départ du diabète car ça fait beaucoup de choses. L'avantage du diabète, c'est qu'on les voit tous les trois mois, ça laisse des opportunités dans le suivi. On a quand même du temps même si on doit se mettre en mouvement rapidement mais lentement.

Céline : **Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?**

A priori pas, excusez-moi ! Parce qu'on a assez de batailles dans nos cabinets et qu'on est plus que surbooké. J'ai été diagnostiqué comme burn-outé. Non, ce n'est plus possible. On nous rabâche que nous sommes le pivot... Le pivot est fatigué aussi.

Céline : **Comment cette structure pourrait-elle se faire connaître ?**

Par les généralistes comme vous le faites. Par le médecin, c'est le meilleur passage. Il faut mon assentiment. Il faudrait que ce soit coordonné dans une forme de stratégie commune, concertée. L'important, ce sont les rappels pour ne pas oublier. Il faut nous le rappeler. Par le biais de formations. Le courrier, j'y suis sensible. Mes jeunes confrères sont peut-être plus internet. C'est une question de génération. On oublie vite non pas parce que ce n'est pas intéressant. Il faut éviter la lourdeur des réseaux... La sécurité sociale pourrait faire passer l'information car elle connaît ses diabétiques, une fois par an. Elle peut les informer de la structure. Il faut que le patient nous interpelle, nous booste un peu.

Céline : **A votre avis, comment pourrait-on continuer à interagir pour vous aider dans la prise en charge après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?**

Je ne sais pas trop. Ça pourrait passer par une consultation ALD une fois par an, d'évaluation. J'ai découvert ça il y a un an. Evaluer si on dérape, qu'est ce qui a été retenu la fois dernière avec l'éducation.

Céline : **Actuellement, un suivi téléphonique est fait tous les six mois. Votre avis ?**

Pourquoi pas, je ne suis pas contre. Si ça me shunte, ce n'est pas grave. C'est le patient qui m'informe par ricochet.

Céline : **Il existe un compte-rendu de fin de passage. Quels éléments vous intéresseraient ?**

Pas un compte-rendu d'hospitalisation, sinon on ne le lira pas. Peut-être pointer du doigt où ça chope. Nous avons constaté que les glycémies étaient hautes le soir car peu de marche, des grignotages. Tout en trois mots. Sur quoi vous avez travaillé et les acquis du patient.

Céline : Deux dernières questions, quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

Ça fait vingt ans que je suis installé. Les patients ont vieilli avec moi. Ils sont donc âgés. Je pense à l'insuffisance cardiaque, la dépendance qui est plus large avec les questions de chutes, de diététique. La maladie d'Alzheimer, je ne me suis pas excité dessus même si on en fait peut-être trop. Ça devrait passer par l'éducation thérapeutique, plus que par les aides techniques. A Saint Martin d'Hères, le réseau social est développé avec des activités pour les personnes avec des troubles psychiques. Il y en a tellement. Les BPCO, les coronariens. Ce sont les pathologies chroniques.

Céline : Si Proxydiab propose des FMC, tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

Oui. L'année prochaine je vais en faire une. Ça va dépendre de l'intégration de cette formation dans ma pratique et évaluer la pue-value.

Céline : Merci encore de votre accueil.

De rien.

Entretien au cabinet de MG27 le 19/04/2011 à 16h15 entretien de 24 minutes 53 secondes.

Entretien MG28

Céline : Merci de me recevoir. Je suis en dernière année de médecine. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs qui favorisent l'implication des médecins généralistes pour faire de l'ETP et la perception de ProxYDiab 38 que vous ne connaissez pas. Pour débiter, il me faut une fiche descriptive.

Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

45 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1996.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

J'ai été assistant à Voiron aux urgences et je me suis installé ici.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé sur Voiron ?

1999.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral avec une activité salariée en maison de retraite à Moirans. Avec deux associés.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an ?

De temps en temps quand j'ai le temps. Par an, deux.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Pas spécialement.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Je n'en sais rien. 30 %, ce n'est pas mal.

Céline : Nous débutons l'entretien. Il est en trois parties. La première est sur l'ETP en général, la seconde sur ProxYDiab 38 que je vous présenterai et une ouverture en troisième partie.

Vous avez déjà triché !

En 2009, est parue la loi HPST, qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changée votre pratique en ETP ?

En rien. On essaie de s'approcher au mieux de ça depuis longtemps. Pas de changement pour moi.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Le temps. Et la compliance du patient. C'est surtout le temps. Si on avait plus de temps, on mettrait l'accent là dessus. Il y a la compréhension du patient, son adhésion au traitement et à la prise en charge. Globalement, avec plus de temps, même s'il ne comprend pas on pourrait réexpliquer à chaque fois. Le problème c'est le temps.

Céline : D'autres difficultés ?

Non.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Je me sers de ma parole ! C'est tout. Le fait d'être médecin traitant aide au suivi médical. J'essaie d'expliquer le mieux possible soit en pathologie, comment il faut faire. Ça peut arriver que je leur donne des documents mais c'est rare. Mon message est oral.

Céline : Deuxième partie. Connaissez-vous ProxYDiab 38 ?

Non.

Céline : Je vous la présente. C'est une structure multidisciplinaire ambulatoire avec des diététiciennes, des APA, une infirmière et une diabétologue. Il y a différents ateliers à la carte concernant la physiopathologie du diabète, la diététique et l'activité physique. Cette structure est vers Mounier. Qu'attendriez-vous d'une telle structure éducative pour vos patients diabétiques de type 2. ?

De me suppléer sur le plan éducatif comme on n'a pas le temps. Ça peut être intéressant. Essayer de prendre en charge de plus près l'éducation du patient. C'est la priorité pour leur faire comprendre, leur montrer ce qu'il faut faire en activité physique par exemple. On n'a peu de temps et de matériel. Peut-être un manque de connaissance aussi.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ? Vous l'avez un peu dit.

De l'aide, de me suppléer par mon manque de temps sur le plan éducatif.

Céline : Oui. A quel patient auriez-vous envie de proposer ProxYDiab 38 ?

(Hésitations). C'est vrai que les gens défavorisés, ça pourrait être important. Les gens avec des problèmes de langage et linguistique. On a beaucoup de personnes d'origine étrangère qui comprennent difficilement ce qu'on leur dit. Au départ car sinon ils ne comprendraient pas l'intérêt. Partir sur des bases et avec intégration dans une équipe. S'il n'est pas compliant il ne le sera pas.

Céline : A votre avis, comment pourrait-on continuer à interagir pour vous aider dans la prise en charge après le passage d'un patient à ProxYDiab 38 ?

Sous quelle forme ? Sous forme de réunions communes. Il y a peut-être des passages transversaux entre les différents intervenants : des mails, des courriers pour faire le point sur l'évolution du patient.

Céline : Actuellement, un suivi téléphonique est fait tous les six mois. Qu'en pensez-vous ?

Savoir où ils en sont c'est intéressant pour nous et pour vous. C'est évident dans le cadre du suivi. C'est comme nous quand on les revoit pour savoir où ils en sont. La voix orale n'est pas mon fort, je préfère le contact physique. C'est mieux en consultation qu'au téléphone. Ça peut être suffisant, c'est nécessaire mais il ne faut pas rester là-dessus. C'est nécessaire mais pas suffisant par téléphone. Les gens parfois n'ont pas le temps, c'est vite fait. « Ça va ? Oui, c'est bien ». C'est moins

protocolaire et ça a une incidence moins forte que si on est de visu. Refaire des ateliers, c'est bien pour remettre à jour les connaissances. Il faut caler un rendez-vous. Ce n'est pas quelqu'un qui téléphone et ça fait assurance qui fait sa pub. Les gens sont submergés de coups de téléphone, de publicité et ne savent plus où ils en sont.

Céline : Il existe un compte-rendu de fin de passage. Qu'en attendriez-vous ?

Ce qu'a compris le patient, ce qu'on lui a dit. Ce que ça va amener à lui faire faire ou à ce qu'il le fasse seul. Qu'on puisse appuyer sur un point difficile. Avoir son suivi dans les différents ateliers.

Céline : Comment cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Je pense par contact direct avec les médecins. Je suis partisan de se présenter. Dès qu'on met un visage, c'est plus facile et les relations entretenues sont différentes. C'est mieux.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

En tant que collecteur d'informations de ce qui est fait. Pas un rôle central. Garder le côté médical des traitements, de l'examen clinique, de la surveillance. Par contre tout ce qui gravite autour de l'éducation, de l'activité physique. En relation avec l'équipe médicale de la structure. Travailler en partenariat avec mon rôle de médecin traitant. Les points où on n'insiste pas c'est l'éducation. Mon rôle ça serait ça !

Céline : Deux dernières questions, quelles sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre éducative ?

La cardiologie mais il y a RESIC qui s'occupe de ça et plutôt bien. En gériatrie, on aurait besoin d'équipes qui interviennent pour nous aider aussi. Les familles sont loin, les IDE, les kinés passent mais rapidement car ils n'ont pas de temps. Il faudrait une équipe pour synthétiser tout ça. En cancérologie, c'est différent. Il y a un système de soins en palliatif. Il y a déjà des structures avec Palliative, l'HAD : on s'en sort avec eux. En cancérologie, c'est bien balisé contrairement à la gériatrie. On est un peu tout seul du coup. On n'a plus de structure disponible. On est parfois seul : ils ne sont pas bien avec de grosses pathologies démentielles. Ils sont livrés à eux-mêmes, même s'il y a des intervenants à domicile.

Céline : Si Proxydiab propose des FMC, tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

Bien sûr oui !

Céline : Merci.

Echange de flyers mais évocation du problème de la distance entre Voiron et Grenoble.

Eventuellement, délocalisation de la structure avec une antenne ici.

Entretien au cabinet de MG28 le 28/04/2011 à 8h30, entretien de 14 minutes 14 secondes.

Entretien MG29

Céline : Merci de me recevoir. Ma thèse concerne l'ETP des diabétiques de type 2 et les freins facilitant ou freinant les médecins généralistes à en faire. De plus, elle étudie la perception de ProxYDiab 38, structure éducative que vous ne connaissez pas mais où vos attentes sont intéressantes.

Pour débiter, il y a une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Quel âge avez-vous ?

43 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

Mon année de thèse ? 1989.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Echirolles.

Céline : Depuis quand êtes-vous installé ?

Depuis douze ans.

Céline : Votre mode d'exercice ?

Libéral exclusif sans associé.

Céline : Faites-vous des FMC et combien par an ?

Pas rémunérées mais on a un groupe de formation médicale sur Echirolles.

Céline : En avez-vous déjà fait concernant l'ETP ?

On entend parler que de ça !

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

C'est irrépondable. La proportion dans ma patientèle de diabétiques de type 2 ? Je ne sais pas moi. C'est une question à la noix. On arrive à répondre à cette question ?

Céline : Oui !

Je vais vous faire plaisir, 10 à 15 %. Tous les jours on en voit.

Céline : Nous allons débiter l'entretien en lui-même. Il est en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde sera sur ProxYDiab 38 et la troisième partie est une ouverture.

En 2009, est parue la loi HPST qui met l'ETP comme priorité nationale et intégrée aux premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle changé votre pratique en ETP ?

En rien. Ce n'est pas du bla bla l'éducation thérapeutique. Ce qui en est c'est que tout à coup on se rend compte qu'il faut éduquer les patients. Ce n'est pas de la connerie. Les diabétologues et les médecins généralistes sont obligés de faire ça pour les pathologies chroniques. Le côté législatif n'a rien changé, enfin pour moi.

Céline : Quelles difficultés percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

Les difficultés que je perçois. Quelque chose qui n'est pas entendable ni par la législation ni les professeurs. Tout dépend de notre patient. On est tous différents, on a tous des idées, on n'a pas tous la même culture, ni la même approche, ni les mêmes capacités en diabétologie donc on fait notre propre soupe interne personnelle. Celui qui est en face, c'est lui qui fait tout. Ce n'est pas nous.

Certes, du côté du médecin, ça prend du temps. Mais ça me semble logique de prendre du temps. Je prends mon temps. Il y a des patients chez qui ça va marcher, d'autres non. L'éducation thérapeutique, si ça touche le patient dans quelque chose qui le touche soit parce qu'on lui fait peur ou qu'il lui faut une carotte pour le stimuler. La plupart qui n'aura pas assez peur, soit pas assez stimulés par la carotte, soit ils s'en foutent. Ça ne marche pas quelque soit la méthode utilisée. La limite c'est le patient et ça le restera. Vous aurez beau faire des lois, ça ne marchera pas. Attention, je ne suis pas diabétologue, je fais comme je peux en essayant de me former. Tous les médecins font pareil.

La limite c'est nous aussi mais c'est surtout ce que veut faire le gars en face. Pas ce qu'on veut faire.

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

J'espère sur ce que j'ai appris même si ça a dû changer ! Sur les formations, les recommandations de l'HAS avec les référentiels. Je ne reçois pas les labos. J'essaie d'avoir une information objective. On a des revues pas mal comme prescrire, l'HAS, nos formations entre médecins.

Céline : Je vous présente cette structure. C'est une structure ambulatoire dans le centre de Grenoble constituée de diététiciennes, d'éducatrices en activité physique adaptée, une diabétologue. Le patient fait des ateliers soit seul ou en groupe avec plusieurs thèmes abordés comme la physiopathologie du diabète, l'activité physique et la diététique. Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour vos patients ?

Ce que tous les médecins leur répètent, moi, y compris, depuis longtemps, qu'ils essayent d'adapter leur nourriture et qu'ils fassent un peu d'activité physique. Dr Farre nous avait montré que l'Hba1c diminuait avec l'activité physique plus que n'importe quel traitement. Qu'ils retiennent des choses comme ça... Il y en a qui entendent, d'autres non. Il leur faut une carotte. D'autres s'en foutent. Il y en a qui ont peur, il y en a on ne sait pas. Ce n'est pas pour rien que l'hypertension et le diabète nous posent problème.

Céline : Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?

Qu'elle s'élargisse, qu'il y ait plus de place. Ça ne peut qu'être une aide mais c'est ce que je vous disais... Les patients diabétiques sur une centaine en les mettant dans ce type de structure tout le temps pas de temps en temps, il y en a qu'on va aider et d'autres non. Il y en a qu'on va aider quand ils y sont et ça s'arrêtera après. Il y en a qui iront mieux quand ils y sont et après ils s'arrêtent, d'autres ça leur porte des fruits. Bien sûr, c'est une aide mais le problème, c'est la capacité d'accueil. Ce matin, j'en ai vu déjà trois. Je trouve qu'il y aura des limites qui sont les patients.

Céline : A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38 ?

J'allais dire que c'est limité à des patients entre guillemets jeunes, motivés et qui ont envie. On pense que ça va leur apporter quelque chose. C'est dur de savoir à l'avance. Moi, je ne sais jamais si les patients sont vraiment motivés. Peu de patients sont demandeurs sauf les jeunes. Je n'ai pas encore de diabète de type 2 chez des très très jeunes...Il faut qu'ils soient jeunes, motivés chez qui on pense qu'on peut les aider. Plus qu'une personne de 80 ans. C'est tout le temps qu'on est en difficulté, chez tous il faudrait une prise en charge diététique. La difficulté fait qu'on a des lois comme ça. Ça ne va pas changer ma pratique, mais c'est bien d'en parler. Légiférer ne nous aidera pas. Il faudrait qu'il y ait plus d'associations qui fassent ça mais ça ne changera pas tous nos patients. C'est aléatoire de changer leurs habitudes.

Céline : Comment à votre avis, pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge, après le passage d'un patient ?

Je ne sais pas. Je n'ai pas réfléchi à ça. Mais je pense qu'il faudrait au moins que le patient soit revu après. C'est toujours pareil, si ça n'a rien changé la première fois, changera-t-il la seconde fois ? Est-ce que ça vaut le coup ? Un chez qui ça a eu de l'effet dans le temps, il peut être au moins revu pour évaluer les effets. Soit adressé par moi ou à la demande du patient. Y retourner mais en limitant ça à ceux chez qui on retrouve un effet. Quel effet ? Qu'est ce qu'on considère dans effet ? Par exemple, un monsieur qui se sent bien dans la structure mais qui garde un diabète pourri, est-ce un effet positif ?

Céline : Un suivi téléphonique est réalisé tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

Pourquoi pas ? Ce n'est pas suffisant, rien n'est suffisant ! C'est déjà correct. Quand on est confronté au patient, il y a une différence entre ce qu'ils vous disent en face et par téléphone. Je pense que c'est mieux de les voir : ils ne disent pas la même chose au téléphone et en face.

Céline : Actuellement, un compte-rendu de fin de passage existe. Qu'en attendriez-vous ?

(Hésitations). Vous me posez de sacrées questions ! Un compte-rendu est un compte-rendu. Au niveau des résultats, c'est important. Comment le patient a vécu son passage, comment s'est-il comporté selon les gens qui s'en occupent. Il faut avoir le comportement pour juger les difficultés. On lui a parlé de ça, il n'a pas écouté..., il n'a pas compris. C'est le compte-rendu. Au delà de ça, le but c'est de faire baisser les chiffres. Un gars qui y va, qui est moins déprimé, qui revit, c'est un effet mais non chiffré. Est-ce suffisant ? Au delà, du compte-rendu pur, de : « il a écouté, il a fait ça, mais c'est surtout comment il a vécu cette affaire-là ».

Céline : Par quels moyens cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Je ne connaissais pas jusqu'à une réunion organisée. Je connais Dr Farre maintenant. Je ne suis pas spécialiste en publicité médicale. La seule chose qui faudrait, c'est... A part les moyens type courrier avec convocation. D'autres réseaux se font connaître par courrier. Par mail, il faut avoir nos adresses. A part le courrier expliquant l'objectif de la structure, je ne vois pas bien.

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Un rôle dans cette structure. On en a déjà un en tant que médecin généraliste. Un rôle dans la structure même, pour travailler pour la structure, je vais vous faire la réponse de tous les généralistes. Je n'ai pas le temps. (Rires). On n'a pas le temps. Si on s'enlève une ou deux demi-journées pour travailler là bas. C'est possible. Le problème c'est qu'on n'est pas au cabinet. Où mettre la dizaine de patients qu'on n'a pas vus ces deux jours là. Je ne travaille pas le dimanche. C'est un problème de temps. Je ne suis pas sûr d'avoir assez de compétences en diabétologie.

Céline : Dernière partie. Quels sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre ambulatoire ?

Toutes les pathologies chroniques. L'HTA, l'insuffisance cardiaque. Le parkinson. Là ce n'est pas pour les patients seulement, c'est aussi la famille pour l'Alzheimer. C'est le minimum.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC (tout particulièrement en ETP), seriez-vous intéressé ?

Je serai intéressé au moins une fois pour mettre en pratique et voir ce qu'on entend par éducation thérapeutique.

Céline : Merci. Ça s'arrête là.

De rien. J'espère que la thèse est importante pour vous. Maintenant, on peut faire des sujets de thèse de médecine générale.

Je fais de la psychiatrie et le côté relationnel est plus important que le côté éducation.

L'expérience des patients fait qu'ils se font leur propre éducation.

Légiférer c'est bien, ça peut nous aider à gagner un peu plus. Mais le patient avec son cancer de la gorge, il fume. C'est le patient.

Entretien MG30

Céline : Merci de me recevoir. Je suis interne en 9^{ème} année en médecine générale. Nous nous étions vu avec Dr Yem Tarantini au restaurant. L'objectif de ma thèse est d'évaluer les freins et les facteurs facilitant l'implication des médecins généralistes et la vision de ProxYDiab 38 que vous ne connaissez pas pour l'instant. Et du coup, évaluer quelles sont vos attentes pour une telle structure éducative.

Pour débiter, il y a une fiche descriptive. Vous êtes un homme. Il me faut votre âge ?

48 ans.

Céline : Votre année de thèse ?

1989.

Céline : Votre lieu d'exercice ?

Grenoble Centre.

Céline : Depuis quand êtes vous installée dans la région de Grenoble ?

Depuis vingt ans.

Céline : Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral avec deux associées en cabinet de groupe. Activité salariée au planning familial et centre de vaccinations international.

Céline : Faites-vous des FMC ? Combien par an en moyenne ?

Bien sûr ! Je fais les huit journées, le maximum.

Céline : En avez-vous fait en ETP ?

Oui, j'en ai fait. A Paris, avec la SFTG. J'en ai fait pas mal sur la pédagogie. J'en ai fait une organisée par un réseau de région parisienne : REDIAB. C'était intéressant. J'en ai fait une sur le traitement non médicamenteux du diabète. J'en ai fait pas mal.

Céline : Quel pourcentage de votre patientèle est diabétique de type 2 ?

Je n'en sais rien du tout. Il y en a de plus en plus. Je ne sais pas. L'autre jour j'ai fait ma première journée avec mon interne, on a vu trois patients avec du diabète. En une semaine, j'ai eu une décompensation d'un type 2 insulino requérant et une découverte d'un diabète de type 1. 68g de glycosurie découvert à la médecine du travail sans acétonurie. On en voit souvent.

Céline : On débute l'entretien. Il est divisé en trois parties. La première concerne l'ETP en général, la seconde les structures éducatives et donc ProxYDiab 38 et enfin une ouverture et des perspectives.

En 2009, la loi HPST est parue et met l'ETP en priorité nationale et intégrée aux soins de premiers recours. En quoi cette loi a-t-elle modifié votre pratique en ETP ?

En rien. On en a toujours fait même avant cette loi. Le problème, si on ne fait pas ou insuffisamment c'est qu'on n'a pas assez de temps.

Céline : C'est ma question ! Quelles difficultés percevez-vous au cabinet pour avoir une approche éducative ?

Le manque de temps. La pédagogie ça prend du temps, dans toutes les maladies chroniques. Le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, tout. A partir du moment où on explique un petit peu, où on vérifie l'observance, où on se creuse un peu la tête pour savoir comment ça se passe dans le quotidien du patient et qu'on l'interroge. On prend du temps. Ce n'est pas possible. Si on le fait mais vite, ou sur plusieurs consultations de suite. Mais des fois, ça serait bien de rester une heure avec un patient diabétique pour tout faire.

Les difficultés venant du patient ne sont pas liées spécifiquement aux diabétiques. C'est la difficulté de l'observance. On a des gens qui ne sont pas observants. On a beau leur expliquer ; ils ne sont pas observants. Ce que j'essaie de faire, c'est de le redire tout le temps. De réexpliquer que c'est important. Je leur pose des questions. Je ne leur dis pas « est-ce que vous prenez bien vos traitements ? ». Je leur dis : « ce matin, avez-vous pris vos comprimés, lesquels, hier et avant-hier ? ». Et là, on se rend compte des choses. Avec des questions précises, on arrive à plus de résultats. Il faut être très modeste sur l'observance ! Voilà c'est bien ! Je trouve que les glycémies capillaires, ça prend du temps. C'est important de le faire. La nutrition, ça prend du temps. La consultation chez la diététicienne n'est pas remboursée alors que la diététique fait partie entière du traitement. On le sait ! C'est une aberration. Que ça ne soit pas pris en charge par la sécurité sociale, c'est scandaleux. C'est comme le pied, il faut attendre la neuropathie stade 2, pour que ça soit remboursé. C'est n'importe quoi. Et la prévention là dedans ?

Céline : Quelles ressources percevez-vous pour avoir une approche éducative au cabinet ?

La grimace n'est pas enregistrée ! (Rires)

Je ne sais pas. Je n'utilise pas d'outils particuliers. Le fait de connaître le patient et sa famille c'est une ressource. Surtout la famille. A un moment donné, je faisais des glycémies capillaires au cabinet et puis ça m'a passé. Mais je pense que c'est bien de le faire. Des fois, ça peut permettre de montrer l'évolution de la glycémie avant, après le repas. Expliquer comment ça marche. On a peu recours aux infirmières ou chez des gens très âgés. Ce qui est très bien, c'est le stage à l'hôpital. Les patients sont ravis. Ça, c'est très utile. J'aime bien m'en servir mais l'accès est difficile au CHU. Il faudrait que ça soit plus simple.

Céline : Je rebondis et vous présente ProxYDiab. C'est une structure ambulatoire équivalente au CHU. Cette structure est dans le centre de Grenoble constituée de diététiciennes, d'éducatrices en activité physique adaptée, une diabétole. Le patient fait des ateliers soit seul ou en groupe avec plusieurs thèmes abordés comme la physiopathologie du diabète, l'activité physique et la diététique. Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour vos patients ?

C'est bien ça ! Justement, j'attendrai la pluridisciplinarité. Parce que moi, je suis tout seul. Les diabétologues, finalement je ne leur envoie pas beaucoup de diabétiques de type 2. Autant les type 1, je les envoie de suite : je ne gère pas car c'est trop compliqué et je suis leur médecin généraliste, c'est tout. Je ne m'en occupe pas plus que ça car je ne m'estime pas capable de faire ça. J'envoie très peu chez le diabétologue les patients de type 2 sauf quand je suis limité et au bout de mes traitements avec une trithérapie et je ne sais pas s'il faut les mettre sous insuline. Je ne sais pas si c'est le moment. Il y a aussi un gros tas de nouvelles molécules : victoza, byetta. J'ai envoyé un patient de 128kg au diabétologue car il peut m'aider. J'attendrai de cette structure que le patient soit bien vu par les diététiciennes. Que du temps soit pris pour s'occuper de savoir ce qu'ils mangent, comment on peut adapter les choses. Qu'ils regardent bien comment est le patient et qu'ils adaptent les choses en fonction du patient. Il faut que ça soit personnalisé. Il ne faut pas leur inculquer sans personnaliser. Mais ça ne se fait plus. Sinon, c'est difficile. Les hommes sont plus difficiles que les dames. Ce monsieur de 128kg, je sais que ce n'est pas possible. Ça ne sert à rien que j'ai un discours de diététique car ça ne sert à rien. Que s'il est vraiment pris en charge, par le spécialiste, le diététicien, d'autres gens, c'est ça que j'attends. Ça peut corroborer avec ce que je fais moi. Ça m'aidera.

Céline : A nouveau, vous avez déjà répondu ! Qu'attendriez-vous d'une telle structure pour votre pratique ?

Une aide, c'est ça. Un relais. Quand plusieurs personnes vont dans le même sens, le patient est aidé. C'est vrai que c'est une maladie, à la fois typique du médecin généraliste. Elle regroupe beaucoup de choses et des fois, j'avoue même en étant sérieux et faisant les choses rigoureusement, j'oublie de l'avoir envoyé chez le cardiologue. Ça fait deux ans, quand même il est diabétique, hypertendu en surpoids : il faut le faire. Des gros trucs comme ça. C'est comme l'ophtalmologue. Peut-être améliorer l'exhaustivité de la prise en charge.

Céline : A quel patient proposeriez-vous ProxYDiab 38 ?

Les patients chez lesquels on sent que c'est difficile pour eux de se prendre en charge. Qu'ils sont débordés par les événements, qu'ils font n'importe quoi avec la diététique. La diététique c'est difficile. L'activité physique, on arrive à leur faire faire plus facilement.

Céline : Comment à votre avis, pourrait-on continuer à interagir dans la durée pour vous aider dans la prise en charge, après le passage d'un patient ?

(Hésitations). Alors ça, je ne sais pas ! Je pense qu'il faut que chacun renvoie le patient à l'autre en fait. Travailler comme ça. Moi, par exemple, j'envoie quelqu'un où j'ai des blocages. J'énumère mes blocages, il va voir ProxYDiab 38. Il est vu une, deux, trois fois et au bout d'un moment, on lui dit de retourner voir votre médecin traitant. On va lui envoyer ce qu'on a fait et puis vous reverrez avec lui. Et moi, je renvoie si j'ai besoin.

Céline : Actuellement, un compte-rendu de fin de passage existe. Qu'en attendriez-vous ?

Justement, un point sur tout ce qui a été abordé, les difficultés du patient sur ce quoi je dois aussi insister. Un compte-rendu, quoi !

Céline : Un suivi téléphonique est réalisé tous les six mois, qu'en pensez-vous ?

Très bien. Très bonne idée. J'aimerais moi aussi pouvoir rappeler ProxYDiab 38 en cas de problème. Il faut qu'on soit intriqué autour de notre patient.

Céline : Par quels moyens cette structure pourrait-elle se faire connaître ?

Par mail. J'en avais juste entendu parler de bouche à oreille. C'est mieux que le courrier mais il faut les adresses mails !

Céline : Quel rôle aimeriez-vous avoir dans cette structure ?

Je n'en sais rien. J'ai déjà pas mal de boulot ! J'aime bien cette maladie si vous voulez. C'est la maladie du médecin généraliste. Ce que j'aime bien c'est cette prise en charge globale du patient. Eventuellement, assister à des cours ou en faire car j'aime bien la pédagogie.

Céline : Dernière partie. Quels sont les pathologies que vous rencontrez au quotidien qui pourraient bénéficier de ce type d'offre ambulatoire ?

L'asthme. Le VIH : il y a l'observance qui est très importante, les effets indésirables des traitements. Il y a des patients où ça se passe bien mais d'autres sont très malades. J'en ai un qui est passé près de la fin cet hiver. Les problèmes de travail, de reprise du boulot à mi temps. Il avait peur d'en parler au médecin du travail. C'est tabou. C'est tout.

Céline : Si ProxYDiab 38 organise des FMC, tout particulièrement en ETP, seriez-vous intéressé ?

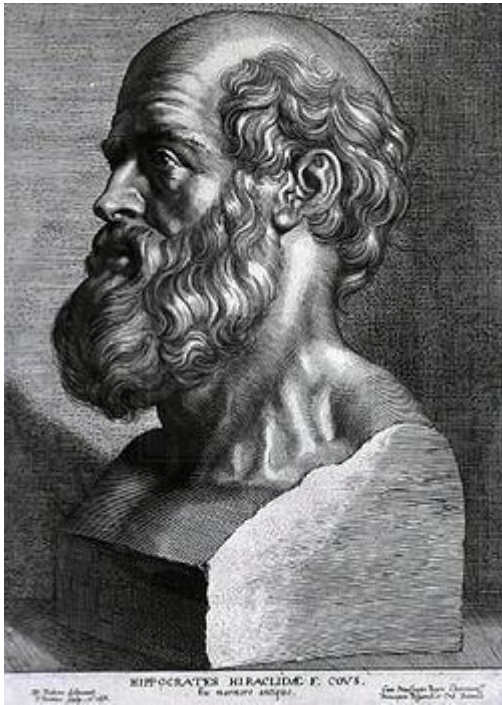
Oui. C'est un grand oui !

Céline : Je m'arrête là. Merci beaucoup. Vous êtes mon dernier entretien !

De rien. Projet d'installation ?

Céline : Oui, vers Annecy.

Entretien au cabinet de MG30 le 13/05/2011 à 16h45, entretien de 18 minutes 8 secondes.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciplines et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Titre

Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé.

Introduction

L'éducation thérapeutique (ETP) du diabète de type 2 (DT2) est une nécessité. Nous avons voulu connaître les besoins, difficultés et attentes des omnipraticiens face à ce problème. Une structure éducative ayant été mise en place en ambulatoire depuis 20 mois (ProxYDiab 38), l'appréciation des médecins utilisant ou non l'offre a été l'autre objectif de ce travail.

Matériels et méthodes

Un échantillonnage « intentionnel » a concerné 30 médecins généralistes (MG) et 5 diabétologues en entretiens semi-directifs. Items explorés : perception de l'ETP, de la loi HPST / leur rôle réel ou souhaité en ETP / leurs interactions avec ProxYDiab 38 (avantages et inconvénients) / propositions d'évolution.

Résultats

Les médecins sont prêts à s'engager dans des actions éducatives. Ils se positionnent potentiellement à différents temps : sensibilisation, diagnostic éducatif, intégration dans une structure éducative, dans le suivi. L'absence de temps dédié fréquemment avancé, le manque de rémunération, de formation appuient le recours à cette structure ambulatoire pluri-professionnelle et la nécessaire complémentarité de ces acteurs sur un territoire.

Conclusion

Cette étude alliant attentes des praticiens en ETP et apport d'une structure éducative de territoire est une des seules menées sur ce sujet en France. De nombreux points seront très utiles pour l'organisation territoriale future de l'ETP du DT2 en particulier dans la réflexion des ARS.

ABSTRACT

Title

An analysis of the determining factors in general practitioners' involvement in therapeutic education for type 2 diabetes patients and of the contribution of an educational structure in a given health area.

Introduction

Therapeutic education (TE) for type 2 diabetes is essential. We wished to understand the needs, difficulties and expectations of general practitioners (GPs) with regard to this issue. An educational structure has been operating for 20 months for outpatients (ProxYDiab 38), so we have analysed the feedback of doctors, whether they have recourse to this facility or not.

Methods

A predetermined sample has involved 30 GPs and 5 diabetologists in semi-directive interviews. The topics: perception of patient therapeutic education and HPST law / to what extent they are, or wish to be involved in TE / how they interact with ProxYDiab 38 (advantages and drawbacks) and their suggestions.

Results

The doctors are prepared to take part in educational programmes. They would consider being involved at different stages: the raising of patient awareness, educational diagnosis, integration into an educational structure, and the follow-up. Lack of time, remuneration and training are all factors quoted in favour of this structure for outpatients, offering the required range and variety of specialists for a given health area.

Conclusion

This study, which combines the expectations of practitioners in TE and the contribution of a local educational structure, is one of the few such studies to have been carried out in France. Numerous aspects will prove extremely useful in the setting up of diabetes 2 patient therapy, particularly from the point of view of local health authorities (ARS).

KEY WORDS : « patient therapeutic education », « general practitioner », « type 2 diabetes », « educational offer », « health area ».